

Die Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland

Thomas Gerlinger

1. Einleitung

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gehören zu den sozialpolitischen Dauerthemen. Sie werden zu einem politischen Problem, weil sie aufgrund gesetzlicher Bestimmungen im Rahmen der Sozialversicherung finanziert werden. Steigende Ausgaben führen – unter sonst gleichen Umständen – zu höheren Beitragssätzen in der GKV, die aus unterschiedlichen Gründen politisch unerwünscht sind. Zum einen erhöhen sie über den Anstieg des Arbeitgeberbeitrags die Arbeitskosten¹, zum anderen senken sie das frei verfügbare Einkommen der Versicherten, also vor allem von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern. Aus Sicht politischer Entscheidungsträger gefährden steigende Beitragssätze zum einen die Attraktivität des Wirtschaftsstandorts Deutschland und seiner Unternehmen, zum anderen die Zustimmung der Bevölkerung zu den politischen Institutionen und ihren Vertretern. Diese Befürchtungen erhalten aktuell angesichts der wirtschaftlichen Stagnation und des Erstarkens rechtspopulistischer Tendenzen zusätzliche Nahrung.

Dieser Beitrag geht zunächst der Frage nach, wie sich die GKV-Ausgaben in den letzten Jahrzehnten entwickelt haben. Der folgende Abschnitt befasst sich mit wichtigen Einflussfaktoren auf die Ausgabenentwicklung. Dabei kommen sowohl übergreifende Aspekte als auch spezifische Merkmale des deutschen Gesundheitssystems zur Sprache. Anschließend analysiert der Beitrag den im Zusammenhang mit der Ausgabenentwicklung gesundheitspolitisch wohl brisantesten Aspekt, die Entwicklung der Beitragssätze in der GKV. Der Beitrag schließt mit einem Ausblick auf die künftige Entwicklung.

2. Ausgabenentwicklung – langfristige Entwicklungen

Als Basisjahre für die Analyse bieten sich 1975 und 1992 an. 1975 wurde die Einbeziehung neuer Statusgruppen in die GKV weitgehend abgeschlossen, und die vorherige Dynamik der Ausweitung des Leistungsrechts erlahmte unter den Vorzeichen einer Kostendämpfungspolitik. 1992 markiert das erste Jahr einer vollständigen gesamtdeutschen Gesundheitsausgabenrechnung.

Zwischen 1992 und 2024 erhöhten sich die nominalen Gesamtausgaben der GKV von 107,6 auf 327,4 Milliarden Euro.² In demselben Zeitraum stieg die Zahl der Versicherten erheblich an, nämlich (jeweils im Jahresdurchschnitt) von 71,8 Millionen auf 74,5 Millionen.³ Die Ausgaben je Versicherten erhöhten sich von rund 1.421 Euro (1992) auf rund 4.192 Euro.⁴ Dabei ist zu berücksichtigen, dass mit dem demographischen Wandel der Anteil der Rentnerinnen und Rentner unter den Krankenversicherten insgesamt anstieg: Belief er sich 1992 noch auf 22,1 % der GKV-Versicherten, so waren es 2024 23,6 %.⁵ Die Leistungsausgaben je versicherter Person sind in der Krankenversicherung der Rentner zweieinhalb bis drei Mal so hoch wie die für Versicherte in der allgemeinen Krankenversicherung.

2024 entfielen 32,7 % der Leistungsausgaben auf die Krankenhausbehandlung, gefolgt von der Arzneimittelversorgung (17,7 %) und der ambulanten Versorgung (16,1 %). Ausgaben für Prävention spielen in der GKV traditionell nur eine geringe Rolle. Während diese Anteile – bei einigen Schwankungen in der Zwischenzeit – insgesamt relativ stabil geblieben sind, ist die Bedeutung der zahnärztlichen Versorgung für die GKV-Ausgaben stark zurückgegangen. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass in diesem Bereich die Leistungskürzungen besonders stark ausgefallen sind. Gesetzlich Krankenversicherte haben daher entweder auf die Inanspruchnahme von Leistungen verzichtet oder deutlich höhere Zuzahlungen geleistet. Die Netto-Verwaltungsausgaben, die in der Öffentlichkeit immer wieder Stein des Anstoßes sind, machten 2024 nur 3,9 % der Gesamtausgaben aus, nachdem sie Anfang der 1990er-Jahre noch bei 5 % gelegen hatten.

Dabei ist zu beachten, dass es neben der GKV noch eine Reihe anderer Träger von Gesundheitsausgaben gibt, insbesondere die übrigen Sozialversicherungsträger, die private Krankenversicherung, den Staat, die Arbeitgeber und die Privathaushalte. Der Anteil der GKV an allen Gesundheitsausgaben blieb im Betrachtungszeitraum recht konstant und belief sich 2024 auf 55,9 % der Ausgaben.⁶ Dabei kam 1995 die soziale Pflegeversicherung als eigen-

¹ In der Diskussion um die Lohnkosten wird oft der Eindruck erweckt, es handele sich gleichsam um eine zusätzliche Arbeitgeberleistung. Hingegen handelt es sich beim Arbeitgeberbeitrag, ökonomisch betrachtet, lediglich um vorenthaltenen Lohn, den die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zur Reproduktion ihrer Arbeitskraft benötigen, hier: um den für ihre medizinischen Versorgung erforderlichen Lohnbestandteil.

² Bundesministerium für Gesundheit (2004): Gesetzliche Krankenversicherung – Kennzahlen und Faustformeln – Stand: Oktober 2004 (KF03Bund); Bundesministerium für Gesundheit (2025): Gesetzliche Krankenversicherung – Kennzahlen und Faustformeln – Stand: Dezember 2025 (KF25Bund), online: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Kennzahlen_Daten/KF2025Bund_Dezember_2025.pdf.

³ Bundesministerium für Gesundheit 2004 und 2025.

⁴ A.a.O.

⁵ A.a.O.

⁶ Statistisches Bundesamt (2026): Gesundheitsausgaben nach Ausgaben-trägern, online: www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Tabellen/ausgabentraeger.html.

TABELLE 1

**Gesamtaufwendungen und Leistungsausgaben der GKV nach Leistungsarten 1992 und 2024
(in Mrd. € und in % aller Leistungsausgaben).**

Leistungsart	1992		2024	
	Summe (in Mrd. Euro)	% der Leistungs- ausgaben	Summe (in Mrd. Euro)	% der Leistungs- ausgaben
Krankenhausbehandlung	33,82	33,1	102,21	32,7
Ärztliche Behandlung	17,07	16,7	50,26	16,1
Arzneimittel	16,64	16,3	55,16	17,7
Heil- und Hilfsmittel	5,73	5,6	25,04	8,0
Krankengeld	7,21	7,1	20,55	6,6
Zahnärztliche Behandlung und Zahnersatz	11,28	11,1	18,22	5,8
Reha und Vorsorge	1,75	1,7	4,63	1,5
Prävention	n.a.	---	0,69	0,2
Sonstige Leistungen	14,12	13,8	35,53	11,4
Summe der Leistungsausgaben	102,03	100,0	312,29	100
Netto-Verwaltungskosten	5,40	5,0	12,63	3,9 ¹
Sonstige Ausgaben	0,19	0,2	2,49	0,8 ¹
Gesamtausgaben	107,62	---	327,41	---

1 in % der Gesamtausgaben.

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2004 und 2025; eigene Berechnungen.

ständiger Ausgabenträger hinzu, auf die – ohne private Pflegepflichtversicherung und private Pflegezusatzversicherung – mittlerweile immerhin 12 % der Gesundheitsausgaben entfallen.⁷

Die Ausgabenentwicklung in der GKV steht seit Mitte der 1970er unter den Vorzeichen der Kostendämpfung. Zu diesem Zweck wurde – weitgehend unabhängig von der parteipolitischen Zusammensetzung der Bundesregierungen – ein vielgestaltiges Set von Instrumenten eingesetzt. Die Maßnahmen betrafen zum einen die Ausgliederung von Leistungen und die Erhöhung von Zuzahlungen. Besonders einschneidend waren und sind die Erhöhungen der Eigenanteile in der zahnärztlichen Versorgung. Die direkte Entlastung der GKV-Ausgaben durch Zuzahlungen belief sich 2024 auf gut 5,1 Milliarden Euro.⁸ Darin erschöpft sich die finanzielle Wirkung auf die Krankenkassen aber nicht, denn hinzuzurechnen wären die teilweise hohen Selbstbehalte, die in der Zuzahlungsstatistik nicht erfasst sind, sowie der aufgrund von Zuzahlungen und Selbstbehalten erfolgte Verzicht auf Leistungen. Die finanziellen Effekte auf die Inanspruchnahme von Leistungen lassen sich nicht

näher beziffern. Die Zuzahlungen werden mit der jüngsten Gesundheitsreform (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) zum 01.01.2027 noch einmal kräftig erhöht.

Zum anderen betrafen die Kostendämpfungsmaßnahmen die Leistungserbringer, insbesondere seit den 1990er-Jahren. Auch hier kam eine Vielzahl von Instrumenten zum Einsatz (Gerlinger/Rosenbrock 2024). Dazu zählten die Einführung von Budgets und Mengenbegrenzungen in der vertragsärztlichen und in der stationären Versorgung, die Reform von Vergütungssystemen mit einer stärkeren Gewichtung von Pauschalvergütungen, die strengere Regulierung von Arzneimittelpreisen (u. a. durch Rabattverträge für Generika, die Stärkung des Einflusses der Selbstverwaltung auf die Preise patentgeschützter Arzneimittel und höhere Preisabschläge für die Arzneimittelhersteller).

Das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst mittlerweile eine Vielzahl von Bestimmungen zur Mengenbegrenzung, allerdings eröffnet die berufliche Autonomie bei der Definition von individuellen Versorgungsbedarfen den Ärztinnen und Ärzten erhebliche Spielräume, um diese Regelungen zu umgehen und das Leistungsgeschehen auszuweiten. Zudem haben manche der zur Kostendämpfung eingeführten Instrumente zu adversen Effekten geführt. So schuf beispielsweise das System der diagnosebezogenen Fallpauschalen in der Ver-

⁷ Statistisches Bundesamt (2025): Gesundheitsausgaben.

⁸ Gesetzliche Krankenversicherung (2024): Vorläufige Rechnungsergebnisse, 1.-4. Quartal 2024. Stand: 25. März 2025, online: www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KV45_1-4._Quartal_2024_Internet.pdf.

gütung von Krankenhausleistungen nicht nur einen Anreiz zur Senkung der Behandlungskosten je Fall, sondern auch zur Erhöhung von Behandlungsfallzahlen insgesamt.⁹

Schließlich erfolgten Reformen der Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung (z. B. die Einführung des Gesundheitsfonds und des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs), um die finanziellen Ressourcen effektiver einzusetzen und damit die Ausgaben zu dämpfen. Insgesamt lassen sich aber auch diese Effekte der Kostendämpfungspolitik auf die GKV-Ausgaben nicht zuverlässig abschätzen.

Kostendämpfung ist seit nunmehr rund fünf Jahrzehnten ein wichtiges Leitmotiv der Gesundheitspolitik. Dennoch hat der Gesetzgeber sie keineswegs immer mit Konsequenz verfolgt. So lassen sich manche Beispiele dafür finden, dass Potenziale zur Ausgaben senkung nicht genutzt oder Mehrausgaben ohne ersichtlichen Zusatznutzen verursacht wurden. Dafür stehen etwa das Recht der Arzneimittelhersteller, die Preise für patentgeschützte Arzneimittel im ersten Jahr nach der Zulassung frei festzusetzen, oder die Einführung zahlreicher extrabudgetärer Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Häufig spielten dabei klientelpolitischen Gründe eine Rolle.

Die Entwicklung der nominalen Gesamtausgaben allein ist wenig aussagekräftig. Vielmehr ist eine belastba-

re Analyse erst möglich, wenn diese Ausgaben in Bezug gesetzt werden zum Bruttoinlandsprodukt, zu den Zahlen und zur Alterszusammensetzung der Versicherten sowie zu den gesamten Gesundheitsausgaben.

Der wohl aussagekräftigste Indikator zur Bewertung der GKV-Ausgaben ist deren Anteil am Bruttoinlandsprodukt. Dieses Maß beschreibt, welches volkswirtschaftliche Gewicht die GKV hat. Im Jahr 1975 entsprachen die genannten nominalen Ausgaben 5,94 % des Bruttoinlandsprodukts (BIP), im Jahr 1992 waren es 6,29 %, im Jahr 2024 7,56 %.¹⁰ Dieser Anstieg fällt also bei Weitem nicht so stark aus, wie manche politische Kommentare glauben machen möchten.

Der Anteil der GKV-Ausgaben am BIP ist in den meisten Jahren nur moderat gewachsen und gelegentlich sogar gesunken. Kräftigere Schübe gab es vor allem in wirtschaftlichen Krisenzeiten, nämlich im Zusammenhang mit der Finanzmarktkrise 2008 bis 2010 und im Zuge der Corona-Krise 2020 bis 2022. Dies liegt daran, dass der Bedarf nach und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Wesentlichen konjunkturunabhängig und nicht preiselastisch ist. Dies führt bei sinkendem oder nur schwach wachsendem BIP zu einem deutlicheren relativen Anstieg des Anteils der GKV-Ausgaben, ohne dass sich die nominalen Ausgaben notwendigerweise entsprechend erhöhen. Dieser Mechanismus wird auch in den jüngeren Stagnationsjahren sichtbar.

TABELLE 2

Anteil der GKV-Gesamtausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) zu jeweiligen Preisen (ab 1995: einschließlich der neuen Bundesländer)	
Jahr	% des BIP ²
1975	5,94
1980	5,85
1985	6,26
1990	5,84
1995	7,01
2000	6,53
2005	6,47
2010	7,11
2015 ⁴	7,01
2020	7,87
2024	7,56

Quelle: Gerlinger / Rosenbrock (2024): Gesundheitspolitik, S. 189; Bundesministerium für Gesundheit (2025); eigene Berechnungen auf Grundlage der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung des Statistischen Bundesamtes.

3. Einflussfaktoren auf die Ausgabenentwicklung

Die Gründe für den skizzierten langfristigen Anstieg der GKV-Ausgaben sind vielschichtig. Einige wesentliche Einflussfaktoren teilt die GKV mit den Ausgabenträgern in anderen Gesundheitssystemen, andere sind auf spezifische Merkmale des deutschen Gesundheitssystems zurückzuführen. Dabei geht es nicht nur um die Organisation der Krankenversorgung im Rahmen der GKV, sondern auch um weitere Merkmale des Gesundheitssystems insgesamt, z. B. die Fragmentierung der politischen Zuständigkeiten oder den Stellenwert von Prävention in Politik und Gesellschaft.

Mittel- und langfristig wächst die volkswirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitssektors, vor allem wegen der Inanspruchnahme persönlicher Dienstleistungen für die Gesundheitsversorgung. Denn ein großer Teil der Ausgaben entsteht durch persönliche Gespräche, Beratung oder Fürsorge, die an Menschen als Leistungserbringer und als Leistungsempfänger gebunden sind und die sich daher nur bedingt rationalisieren lassen. Insbesondere Ausgaben für Krankenversorgung und Pflege sind ganz überwiegend persönliche Dienstleistungen. Derartige Leistungen sind im Allgemeinen weit weniger rationalisierungsfähig

9 Vergleiche Thomas Böhm (2026) Das GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz. In: Soziale Sicherheit / 7-8 2026, S. 19.

10 Thomas Gerlinger / Rolf Rosenbrock (2024): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 4. Aufl., Bern: Hogrefe; eigene Berechnung auf Grundlage der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung des Statistischen Bundesamts.

als die Arbeit in der industriellen Produktion oder in anderen Dienstleistungssektoren.

Daraus erwächst – unter sonst gleichen Umständen, z. B. Beibehaltung des geltenden Leistungsrechts und durchschnittliche Lohnentwicklung im Gesundheitssektor – die Tendenz, dass Krankenversorgung und Pflege einen wachsenden Teil der gesellschaftlichen Arbeitszeit beanspruchen und damit auch der Anteil am Bruttoinlandsprodukt für diese Aufwendungen wächst. Dieses Phänomen wird in der öffentlichen Debatte weitgehend ausgeblendet.

Es trägt dazu bei, dass der Anteil der GKV-Ausgaben am BIP wahrscheinlich weiter steigen wird. Man könnte versuchen, diesem Trend z. B. dadurch entgegenzuwirken, dass man den Druck auf die Arbeitseinkommen der Beschäftigten erhöht. Dies ist im Hinblick auf die Pflegekräfte lange versucht worden, aber aus tarifpolitischen Gründen nicht wünschenswert und zudem für die Versorgung kontraproduktiv, weil es der Attraktivität des Pflegeberufs geschadet und damit den Pflegenotstand verstärkt hat.

Zu diesem säkularen Trend kommen jene Faktoren hinzu, die in der öffentlichen Diskussion im Mittelpunkt stehen: der demographische Wandel und der medizinische Fortschritt. Bekanntlich ist der Anteil alter Menschen und damit der Bedarf an medizinischer und pflegerischer Versorgung stark gestiegen und wird in den kommenden etwa drei Jahrzehnten auch weiter steigen. Ferner hat der medizinische Fortschritt dazu geführt, dass viele Krankheiten besser behandelt werden können. Zwar beinhaltet dieser Fortschritt durchaus auch Rationalisierungspotenziale, etwa wenn aufwendige Operationen oder Behandlungen durch günstigere Verfahren ersetzt werden können. Aber – und dies ist die Haupttendenz – bisher hat er vor allem dazu geführt, dass das Leistungsspektrum ausgeweitet wurde und neue Kosten entstanden.

Während diese Faktoren in *allen* Gesundheitssystemen kapitalistischer Staaten wirksam sind, weist das deutsche Gesundheitssystem spezifische Merkmale auf, die die genannten Trends weiter verstärken. Zurecht wird immer wieder darauf hingewiesen, dass die Gesundheitsausgaben in Deutschland im internationalen Vergleich sehr hoch sind. Allerdings tragen noch andere Leistungsarten zu diesen Ausgaben bei, z. B. die Ausgaben für Langzeitpflege oder Prävention. Hinzu kommt die Besonderheit, dass es in Deutschland neben der sozialen Krankenversicherung eine substitutive private Krankheitsvollversicherung gibt. Zwar sind die Daten nicht vollständig miteinander vergleichbar. Wegen der großen Bedeutung der medizinischen Versorgung für die gesamten Gesundheitsausgaben und der GKV für die Krankenversorgung in Deutschland geben internationale Vergleiche dennoch belastbare Hinweise zur Bewertung und zu den Bestimmungsgründen der GKV-Ausgaben.

Das deutsche Gesundheitssystem im Allgemeinen und die GKV im Besonderen zeichnet sich im internationalen Vergleich durch einen hohen Einsatz an finanziellen und personellen Ressourcen, durch einen recht umfangreichen Leistungskatalog sowie durch große Wahlfreiheiten aus.¹¹

Zu den Besonderheiten des deutschen Gesundheitssystems zählt weiterhin, dass sich ein erheblicher Teil der medizinischen Versorgungseinrichtungen in privater Trägerschaft befindet.¹² Sie sind in allen Bereichen der Leistungserbringung anzutreffen. Während öffentliche und freigemeinnützige Einrichtungen im Allgemeinen stärker durch Versorgungs- und Gemeinwohlorientierungen geprägt waren, haben private Träger ein institutionelles Interesse an Gewinnmaximierung. Sie streben stärker eine Erhöhung ihrer Einnahmen und die Ausweitung der Leistungen an, auch über das Maß des medizinisch indizierten Versorgungsbedarfs hinaus. Mit der großen Bedeutung privater Träger ist die Leistungserbringung grundsätzlich auf Expansion und Ausgabenanstieg gestellt. Die Erhöhung von Behandlungsfallzahlen und die Ausweitung einzeln vergüteter Leistungen dienen der Einnahmen- und Gewinnsteigerung. Die geltenden Bestimmungen zur Vergütung ärztlicher Leistungen – jeweils unterschiedliche Kombinationen aus Pauschal- und Einzelleistungsvergütungen – begünstigen derartige Praktiken, wie z. B. die Erfahrungen mit den diagnosebezogenen Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups – DRGs) in der stationären Versorgung gezeigt haben.¹³

Die ambulante Versorgung in Deutschland ist traditionell nahezu vollständig durch selbstständig tätige Ärztinnen und Ärzte geprägt. Im gemischtwirtschaftlich getragenen Krankenhaussektor haben seit Beginn der 1990er-Jahre private Träger erheblich an Gewicht gewonnen: 2023 befanden sich 40,0 %, aller Krankenhäuser in privater Trägerschaft, 1991 waren es noch 15,2 %.¹⁴ Allerdings hat die Reform der Vergütungssysteme in der Krankenhausversorgung gezeigt, dass Anreize zu medizinisch unbegründeten Mengenausweitungen nicht nur bei privaten Trägern, sondern auch bei öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern wirksam sind, selbst wenn diese im Allgemeinen stärker durch Versorgungs- und Gemeinwohlorientierungen geprägt sind. Ferner hat die Zulassung vom Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) zur vertragsärztlichen Versorgung dazu geführt, dass private Kapitalgesellschaften nicht mehr nur Träger von Krankenhäusern sind, sondern nun auch als Träger von vertragsärztlichen Versorgungseinrichtungen auftreten können. In den letzten Jahren treten vermehrt private Investoren (»Private Equity«) als Träger von Praxen und Medizinischen Ver-

11 Nadine Reibling / Meike Ariaans / Claus Wendt (2019): Worlds of Healthcare: A Healthcare System Typology of OECD Countries. Health Policy, 123(7): 611-620.

12 Gerlinger / Rosenbrock (2024): Gesundheitspolitik.

13 Anja Dieterich / Bernard Braun / Thomas Gerlinger / Michael Simon (Hrsg.) (2019): Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems, Wiesbaden: Springer VS; Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV) (2019): Empfehlungen für ein modernes Vergütungssystem in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Bericht der Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem – KOMV. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, online: www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/KOMV/Bericht_der_Honorarkommission_KOMV_-_Dezember_2019.pdf.

14 Statistisches Bundesamt (2024): Grunddaten der Krankenhäuser. Online: www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/_publikationen-innen-grunddaten-krankenhaus.html.

sorgungszentren auf.¹⁵ Es gibt zahlreiche Hinweise, dass diese Gesellschaften die von ihnen getragenen Einrichtungen besonders stark an der Gewinnmaximierung ausrichten, z. B. indem sie sich auf leicht standardisierbare Leistungen konzentrieren.¹⁶

Das deutsche Krankenversorgungssystem ist nach übereinstimmender Einschätzung wohl aller gesundheitspolitischen Akteure durch ein Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung gekennzeichnet.¹⁷ Überversorgung und Fehlversorgung bedeuten grundsätzlich nicht notwendige Ausgaben, aber auch Unterversorgung kann zu unbegründeten Ausgaben führen, weil durch den Verzicht auf notwendige Leistungen, mittel- und langfristig vermeidbare Mehrleistungen notwendig werden.

Auch wenn genaue Daten nicht vorliegen, ist davon auszugehen, dass das Ausmaß dieser Über-, Unter- und Fehlversorgung erheblich ist (SVR 2018).¹⁸ Der internationale Vergleich liefert dafür einige Hinweise. So zählt Deutschland weltweit zu den Spitzenreitern bei den Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit und gab 2024 deutlich mehr Geld aus (9.365 US-Dollar in Kaufkraftparitäten) als Länder mit vergleichbarem Wohlstandsniveau, z.B. die Niederlande (8.436), Frankreich (7.367) oder Dänemark (7.071).¹⁹ Der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP ist weltweit nur in den USA höher als in Deutschland (2024: 12,3 %).²⁰ Während in Deutschland im Jahr 2023 202 von 1.000 Einwohnern nach stationärer Behandlung aus dem Krankenhaus entlassen wurden, waren dies in den Niederlanden lediglich 80, in Frankreich 135 und in Dänemark 127.²¹ Dies verwundert vor allem vor dem Hintergrund einer in Deutschland besonders stark ausgebauten ambulanten Versorgung, die zudem den direkten Zugang zur fachärztlichen Versorgung ermöglicht. Deutschland zählt zu den Spitzenreitern beim Ersatz von Knie- und Hüftgelenken, ohne dass sich die hohe Zahl der Eingriffe mit Hinweis auf die Demographie, auf den medizinischen Fortschritt oder mit besseren Gesundheitsergebnissen rechtfertigen ließe. Auch bei den MRT- und CT-Untersuchungen liegt Deutschland deutlich über denen anderer vergleichbarer Gesundheitssysteme.²² Diese hohen Fallzahlen korrespondieren mit der Vorhaltung entsprechend hoher Versorgungskapa-

zitäten (z. B. Krankenhausbetten, MRT- und CT-Geräte). Trotz eines sehr teuren Gesundheitssystems liegt Deutschland bei den behandelbaren Todesfällen je 100.000 Einwohner nur knapp über dem EU-Durchschnitt und dabei hinter nahezu allen Gesundheitssystemen Nord-, West-, Mittel- und Südeuropas.²³ Deutschland weist bei den Diagnosen Asthma/COPD, Herzinsuffizienz und Diabetes weit mehr vermeidbare Krankenhauseinweisungen auf als Länder mit vergleichbarem Wohlstandsniveau.²⁴

Das Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung verweist auf ein ganzes Bündel von Ursachen. Dazu zählen die erwähnten Gewinninteressen, aber auch das hartnäckige Problem einer unzureichenden Abstimmung zwischen den Versorgungssektoren, die unnötige Ausgaben verursacht. Schließlich werden in großem Umfang Ausgaben für die Krankenversorgung verursacht, die durch ein konsequenteres Handeln des Staates in der Prävention vermeidbar wären. Dies betrifft zum einen Maßnahmen zur Reduzierung des Tabak- und Alkoholkonsums, zum anderen aber auch das in der Öffentlichkeit viel zu wenig beachtete Vollzugsdefizit im betrieblichen Gesundheitsschutz, dessen finanzielle Folgen (Behandlungskosten, Krankengeld) vor allem die Krankenkassen zu tragen haben.

4. Beitragssatzentwicklung

In Politik, Wirtschaft und Öffentlichkeit stößt weniger die Höhe der nominalen GKV-Ausgaben als vielmehr die Entwicklung des GKV-Beitragssatzes auf Aufmerksamkeit. Dies ist nachvollziehbar, denn der Beitragssatz gibt an, wie stark die GKV-Ausgaben die Lohnkosten bzw. Arbeitseinkommen direkt belasten. Der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz in der GKV lag im Jahr 2024 bei 16,3 %.²⁵ Er setzte sich zusammen aus dem gesetzlich vorgeschriebenen allgemeinen Beitragssatz von 14,6 % und dem kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz, der sich im Durchschnitt aller Krankenkassen auf 1,7 % belief. Im Jahr 1975 betrug der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz hingegen nur 10,47 %. Damit fällt der relative Anstieg des Beitragssatzes deutlich stärker aus als der Anstieg der GKV-Ausgaben am BIP.

Die Ursache dafür ist, dass die Beiträge zur GKV von der Grundlohnsumme berechnet werden, diese aber nur einen begrenzten Teil des Nationaleinkommens erfasst. So werden diverse Einkommen von der Beitragsberechnung in der GKV nicht erfasst: die Einkommen der privat Versicherten, die im Durchschnitt erheblich höhere Einkommen als GKV-Versicherte erzielen; die Einkommen von gesetzlich Krankenversicherten mit einem Verdienst oberhalb der

15 Katharina Schöneberg / Katrin Vitols (2023): Branchenanalyse Medizinische Versorgungszentren: Strukturen, wirtschaftliche Trends, Arbeit und Beschäftigung in der ambulanten medizinischen Versorgung. Working Paper Forschungsförderung, No. 288: Düsseldorf, online: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/273062/1/1850482322.pdf>.

16 Christoph Scheuplein / Martin Tauscher / Roman Gerlach (2026): Private Equity und MVZ: Neue Akteure, Marktveränderungen und gesundheitspolitische Regulierung, in: Claudia Schulte / Nicole Osterkamp (Hrsg.) Gesundheitswesen aktuell, o.O.: Barmer, S. 56-80.

17 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). (2018). Jahresgutachten 2018: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung (BT-Drucksache 19/3180 vom 04.07.2018). Berlin: Deutscher Bundestag. Vergleiche auch Hartmut Reiners, Beitragssatzstabilität in der GKV: Kurzfristiges Ziel oder langfristige Perspektive? Soziale Sicherheit 5 / 2026, S. 19.

18 Sachverständigenrat (2018): Jahresgutachten.

19 OECD (2025): Health at a Glance, online: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/11/health-at-a-glance-2025_a894f72e/8f9e3f98-en.pdf Paris: OECD.

20 OECD (2025): Health at a Glance.

21 A.a.O.

22 A.a.O.

23 Dass Deutschland bei diesem Indikator noch über dem EU-Durchschnitt, liegt an den besonders schlechten Ergebnissen der Gesundheitssysteme in Osteuropa. Eurostat (2026): Preventable and treatable mortality statistics, online: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Preventable_and_treatable_mortality_statistics

24 OECD (2025): Health at a Glance.

25 GKV-Spitzenverband (2026): Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung, Juni 2026, S. 26, online: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/grafiken/gkv_kennzahlen/kennzahlen_gkv_2026_q1/20260622_GKV_Kennzahlen_Booklet_Q1-2026_300dpi_barrierefrei.pdf

TABELLE 3

Durchschnittlicher Beitragssatz in der GKV (ab 1995: einschließlich der neuen Bundesländer).

Jahr	Beitragssatz	Tatsächlicher durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz
1975	10,47	
1980	11,38	
1985	11,80	
1990	12,53	
1995	13,15	
2000	13,57	
2005	14,19	
2010	14,90	
2015 ⁴	15,40	einschl. 0,8 % Zusatzbeitrag
2020	15,60	einschl. 1,0 % Zusatzbeitrag
2024	16,3	einschl. 1,7 % Zusatzbeitrag

Quelle: Gerlinger /Rosenbrock 2024: Gesundheitspolitik, S. 189; GKV-Spitzenverband (2026): Kennzahlen, S. 26.

Beitragsbemessungsgrenze; andere Einkunftsarten neben dem sozialversicherungspflichtigen Arbeitseinkommen wie z.B. Einkünfte aus Mieten, Kapitalgeschäften und Veräußerungsgewinnen. Die Grundlohnsumme je GKV-Mitglied ist im Betrachtungszeitraum weit weniger stark gestiegen als das Volkseinkommen je Einwohner, trotz einer insgesamt leicht gestiegenen Lohnquote. Der auf den Beitragssätzen lastende Druck, der durch den Ausgabenanstieg erzeugt wird, könnte also durch eine Einbeziehung der gegenwärtig nicht berücksichtigten Einkommen gemindert werden – je nach Konstruktion einer solchen Reform könnten die Beitragssätze erheblich sinken.²⁶ Dies würde nicht nur die Finanzierung der GKV-Ausgaben erleichtern, sondern auch zu einer deutlich gerechteren Lastenverteilung beitragen.

Der Bund hat im Jahr 2004 durch die Einführung eines steuerfinanzierten Zuschusses für versicherungsfremde Leistungen erstmals Steuermittel zur Finanzierung der GKV eingesetzt. Von 2017 an wurde dieser Zuschuss auf 14,5 Milliarden Euro festgelegt. Dies entspricht aktuell rund 4,4 % der GKV-Gesamtausgaben bzw. 0,75 Beitragssatzpunkten. Im Zuge der Finanzmarktkrise 2008 bis 2010 und der Corona-Krise 2020 bis 2024 hatte der Bund seine Zuwendungen vorübergehend kräftig erhöht, um die Beitragssätze nicht zu stark steigen zu lassen. Allerdings steht der Einführung eines gesetzlich festgeschriebenen Bundesschusses die Tatsache gegenüber, dass der Bund bzw. die Bundesagentur für Arbeit für die Bezieherinnen

und Bezieher von Bürgergeld aktuell eine Beitragspauschale von lediglich 144,04 Euro an die Krankenkassen überweist, die bei weitem nicht kostendeckend ist.²⁷ Die jüngste Gesundheitsreform sieht zwar eine Anhebung dieser Pauschale vor, aber im Gegenzug wurde der Bundeszuschuss um 1,35 Milliarden Euro gekürzt.

5. Schluss

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung werden unter den geltenden Rechtsbestimmungen weiter steigen – angesichts der großen Rolle persönlicher, nur geringfügig rationalisierungsfähiger Dienstleistungen, des medizinischen Fortschritts und des in den nächsten Jahren voranschreitenden demographischen Wandels. Es bestehen erhebliche Rationalisierungsmöglichkeiten in der Organisation der Krankenversorgung, vor allem durch eine bessere Integration von Versorgungsverläufen und Versorgungsstrukturen. Die Digitalisierung des Gesundheitssystems kann dabei wichtige Impulse geben und Transformationsprozesse beschleunigen. Insgesamt gibt es somit erhebliche Potenziale, um Über-, Unter- und Fehlversorgung abzubauen und damit unnötige Ausgaben zu vermeiden. Weitere Potenziale für Ausgaben senkungen er-

26 Vgl. z. B. Heinz Rothgang / Dominik Domhoff (2017): Beitragssatzeffekte und Verteilungswirkungen der Einführung einer »Solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung«. Bremen: Universität Bremen.

27 Für das Jahr 2022 betrug der Deckungsgrad lediglich rund 39 % und belief sich die Unterdeckung auf rund 9,2 Milliarden Euro. IGES (2024): GKV-Beiträge der Bezieher von ALG II – Aktualisierung. Forschungsgutachten zur Berechnung kostendeckender Beiträge für gesetzlich krankenversicherte Bezieher von Arbeitslosengeld II und Sozialgeld im SGB II, online: https://www.iges.com/e2622/e2634/e11899/e12230/e12231/e12233/attr_objs12235/BerichtIGESGKV-AusgabenvonALG-II-Beziehern_2024-05-21_ger.pdf

geben sich durch eine stärkere Preisregulierung, vor allem bei patentgeschützten Medikamenten. Allerdings scheint unwahrscheinlich, dass sich über eine Transformation von Versorgungsstrukturen in kurzer Frist umfangreiche Einsparungen realisieren lassen. Wegen der Komplexität des Krankenversorgungssystems und der Allgegenwart mächtiger Partikularinteressen benötigen grundlegende Veränderungen viel Zeit, ihr Ausgang ist ungewiss. Jedenfalls ist nicht damit zu rechnen, dass sie die beschriebenen Trends zur Ausgabenexpansion überkompensieren können. Eine Kürzung medizinisch notwendiger Leistungen ist normativ nicht vertretbar und würde zudem lediglich dazu führen, dass Kosten verschoben werden oder die Nichtinanspruchnahme notwendiger Leistungen mittelfristig die Ausgaben weiter erhöht.

Wegen der absehbar weiter steigenden GKV-Ausgaben ist eine stärkere sozialstaatliche Umverteilung notwendig, damit auch zukünftig die notwendigen Gesundheitsleistungen allen Menschen zur Verfügung stehen. Ein tragender Pfeiler einer solchen Umverteilung müsste der Umbau des dualen Krankenversicherungssystems in Richtung einer

Bürgerversicherung und einer gerechteren Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung sein, u. a. durch eine Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze und die Einbeziehung weiterer Einkunftsarten. Diverse Studien haben gezeigt, dass sich so – je nach Ausgestaltung – erhebliche Beitragssatzsenkungen erzielen ließen.²⁸ Allerdings würden sich die Wirkungen einer Bürgerversicherung auf die Einnahmenseite beschränken und könnten die dringend benötigten Reformen der Krankenversorgungsstrukturen nicht ersetzen.



Thomas Gerlinger ist Politik- und Gesundheitswissenschaftler und forscht und lehrt an der Universität Bielefeld, wo er die Arbeitsgruppe »Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie« leitet.

28 Rothgang / Domhoff (2017): Beitragssatzeffekte und Verteilungswirkungen.

Forderungen nach mehr Anstrengungen im Kampf gegen Wohnungslosigkeit

Anlässlich der Veröffentlichung der Daten zur Wohnungslosigkeit in Deutschland durch das Statistische Bundesamt Ende Juni haben unter anderem die Diakonie und die Arbeiterwohlfahrt ein verstärktes Engagement der Politik gegen Wohnungslosigkeit angemahnt. »Die Zahl untergebrachter wohnungsloser Menschen ist weiterhin auf einem hohen Niveau, vor allem junge Menschen, Alleinerziehende und Paare mit Kindern sind betroffen. Wohnungslosigkeit ist also kein ‚Randproblem‘, sondern zieht sich bis in die Mitte der Gesellschaft. Mit Blick auf das Ziel der Bundesregierung, Wohnungslosigkeit bis 2030 zu überwinden, bleibt der Nationale Aktionsplan gegen Wohnungslosigkeit jedoch in der Umsetzung und Finanzierung deutlich hinter den Erfordernissen zurück«, so Michael Groß, Präsident der Arbeiterwohlfahrt. Diakonie-Präsident Rüdiger Schuch erklärte: »Schufa-Einträge, Diskriminierung auf dem Wohnungsmarkt und fehlende Unterstützung verhindern, dass wohnungslose Menschen tatsächlich in eigene, bezahlbare Wohnungen ziehen. Wenn Bund, Länder und Kommunen es ernst meinen, müssen sie jetzt gezielt Hindernisse abbauen und verbindliche Maßnahmen vorlegen, die schnell wirken.« Die Diakonie schlägt dazu unter anderem ein Sofortprogramm des Bundes vor, um den Zugang zu Wohnraum zu verbessern.

Wegen Wohnungslosigkeit untergebracht waren laut dem Bundesamt zum Stichtag 31. Januar 2026 rund 452.900 Personen. Damit verringerte sich die Anzahl der Betroffenen im Vergleich zum Vorjahr um 5 Prozent oder 21.800 Personen. Erfasst werden in der Statistik

wohnungslose Personen, die zum Beispiel in überlassenem Wohnraum, Sammelunterkünften oder Einrichtungen für Wohnungslose untergebracht sind. Obdachlose Personen, die auf der Straße leben, oder Menschen in sogenannter verdeckter Wohnungslosigkeit, die etwa bei Bekannten oder Angehörigen unterkommen, werden nicht erfasst. Diese Gruppen werden in der alle zwei Jahre vom Bundesministerium für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen herausgegebenen Wohnungslosenbericht mitberücksichtigt.

395.700 oder 85 Prozent der erfassten Betroffenen hatten keine deutsche Staatsangehörigkeit. Mit 28 Prozent aller untergebrachten Wohnungslosen stellten Ukrainer:innen die größte Gruppe, auch wenn ihre Anzahl sich im Vergleich zum Vorjahr um 6 Prozent oder 8900 auf 128.900 Personen verringerte. Die deutsche Staatsangehörigkeit hatten 67.200 oder 15 Prozent der untergebrachten Wohnungslosen, was einem Anstieg um 2 Prozent oder 1600 Personen entspricht. Mit Blick auf die Haushalts- beziehungsweise Familienkonstellationen bildeten alleinstehende Personen mit 158.700 Personen oder 35 Prozent die größte Gruppe. 33 Prozent oder 151.300 wohnungslose Personen waren in Paarhaushalten mit Kindern, 17 Prozent oder 76.000 Personen in Alleinerziehenden-Haushalten untergebracht. Weitere 7 Prozent oder 31.400 Personen waren es in sonstigen Mehrpersonenhaushalten und 4 Prozent oder 17.300 Personen in Paarhaushalten ohne Kinder. Bei 18.200 Personen oder 4 Prozent war der Haushaltstyp unbekannt.

■ **mdr**