

Für eine leistungsfähige und finanzierbare gesetzliche Krankenversicherung

Vorschläge der Arbeitgeber für eine „Gesundheitsreform 2026“

20. Oktober 2025

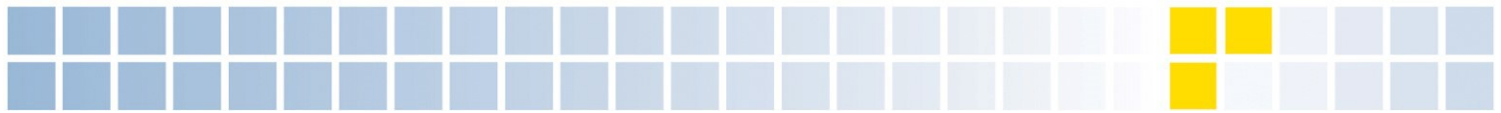
Zusammenfassung

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) muss umfassend reformiert werden, damit sie dauerhaft leistungsfähig und finanzierbar bleibt. Deutschland hat mit 12,3 % den höchsten Gesundheitsausgabenanteil am Bruttoinlandsprodukt in Europa und den zweithöchsten Anteil weltweit (nach den USA)¹, ohne dafür auch eine Spitzengesundheitsversorgung zu haben. Eine zukunftssichere Krankenversicherung setzt durchgreifende und nachhaltige Strukturreformen voraus – auch um die Beitragssätze und damit Lohnzusatzkosten zu begrenzen. Nur so können die Wettbewerbschancen von Arbeitgebern in Deutschland und damit Investitionen, Wachstumschancen und Arbeitsplätze erhalten werden. Gleichzeitig kann mit den dringend notwendigen Strukturreformen auch die Versorgungsqualität für die Versicherten spürbar verbessert werden.

Insbesondere folgende Maßnahmen müssen dringend angegangen werden, um die Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung nachhaltig zu sichern:

- **Krankenhauslandschaft auf bedarfsnotwendige Häuser konzentrieren:** Es muss sichergestellt werden, dass die mit der Krankenhausreform entwickelten Qualitätskriterien und Mindestmengen für die Behandlung in Krankenhäusern bundesweit ausnahmslos gelten und die Länder nur an die Krankenhäuser Versorgungsaufträge vergeben, die die Kriterien erfüllen. Nicht benötigte Krankenhausbetten müssen konsequent abgebaut werden. Damit würde eine quantitative Konsolidierung der Krankenhauslandschaft bei gleichzeitiger Verbesserung der Behandlungsqualität und einer Schonung der Personalressourcen erreicht werden.
- **Effizienzpotenziale heben:** Die zahlreichen für das deutsche Gesundheitssystem nachgewiesenen Ineffizienzen müssen beseitigt werden. So lassen sich Kosten senken, ohne dass es zu Einbußen bei der Dichte und Qualität der Versorgung kommt. Notwendige Maßnahmen zur Verbesserung der Effizienz sind der Ausbau des Wettbewerbs in der Versorgung, die Etablierung effizienter Patienten- und Behandlungspfade, die sachgerechte Überwindung der Sektorengrenzen, eine umfassende Digitalisierung des Gesundheitswesens sowie die Konzentration der

¹ OECD (2025): [OECD Data Explorer • Health expenditure and financing](https://data-explorer.oecd.org/vis?fs%5b0%5d=Topic%2C1%7CHealth%23HEA%23%7CHealth%20expenditure%20and%20financing%23HEA_EXP%23&pg=0&fc=Topic&bp=true&snb=5&df%5bds%5d=dsDisseminateFinalDMZ&df%5bid%5d=DSD_SHA%40DF_SHA&df%5bag%5d=OECD.ELS.HD&df%5bvs%5d=1.0&dg=.A.EXP_HEALTH.PT_B1GQ.T..T..T...&pd=2015%2C&to%5bTIME_PERIOD%5d=false&vw=tb). https://data-explorer.oecd.org/vis?fs%5b0%5d=Topic%2C1%7CHealth%23HEA%23%7CHealth%20expenditure%20and%20financing%23HEA_EXP%23&pg=0&fc=Topic&bp=true&snb=5&df%5bds%5d=dsDisseminateFinalDMZ&df%5bid%5d=DSD_SHA%40DF_SHA&df%5bag%5d=OECD.ELS.HD&df%5bvs%5d=1.0&dg=.A.EXP_HEALTH.PT_B1GQ.T..T..T...&pd=2015%2C&to%5bTIME_PERIOD%5d=false&vw=tb. [Letzter Abruf: 2. Oktober 2025].

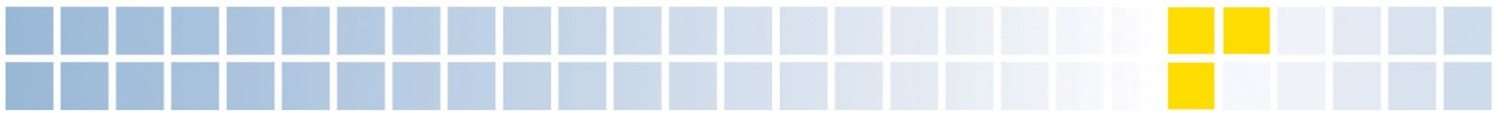


Versorgung auf Leistungen, deren Nutzen nachgewiesen ist und die wirtschaftlich erbracht werden.

- **Eigenverantwortung stärken:** Die Eigenverantwortung der Versicherten sollte durch eine Stärkung der individuellen Gesundheitskompetenz, mehr Selbstbeteiligung und eine verbesserte Kostentransparenz ausgeweitet werden. Versicherte können so zu einem wirtschaftlichen Verhalten, zu Kostenverantwortung und zu einem gesundheitsbewussten Verhalten motiviert werden. Unter anderem sollte die Belastungsgrenze für Selbstbeteiligungen angehoben, die bestehenden Zuzahlungen an die Kostenentwicklung der letzten Jahre angepasst und dynamisiert sowie eine steuernde Kontaktgebühr (wieder-)eingeführt werden.
- **Versicherungsfremde Leistungen ordnungspolitisch korrekt finanzieren:** Heute müssen die Beitragszahlenden in hohem Umfang für gesamtgesellschaftliche Aufgaben aufkommen, für die eigentlich Bund und Länder die Finanz- und Investitionsverantwortung tragen. Zur Sicherstellung einer sachgerechten Finanzierung muss der Bund endlich kostendeckende Beiträge für Bürgergeldbeziehende leisten, der Bundeszuschuss muss dynamisiert werden und Bund und Länder müssen ihren Investitionsverpflichtungen in die Krankenhausinfrastruktur endlich vollumfänglich nachkommen. Des Weiteren sollte eine Beitragspflicht für bislang beitragsfrei mitversicherte Ehegatten bei weiterhin beitragsfreier Mitgliedschaft während der Elternzeit eingeführt werden.

Die nachfolgenden Vorschläge enthalten Maßnahmen, die im Rahmen einer 2026 in Kraft tretenden GKV-Reform enthalten sein sollten. Umfassende, noch weiterreichende Vorschläge der Arbeitgeber finden sich im BDA-Konzept zur Neuordnung der gesetzlichen Krankenversicherung².

² BDA (2022): BDA-Konzept zur Neuordnung der gesetzlichen Krankenversicherung. https://arbeitgeber.de/wp-content/uploads/2022/11/bda-arbeitgeber-positionspapier-bda-konzept-zur-neuordnung-der-gesetzlichen-krankenversicherung-2022_11_15.pdf. [Letzter Abruf: 2. Oktober 2025].

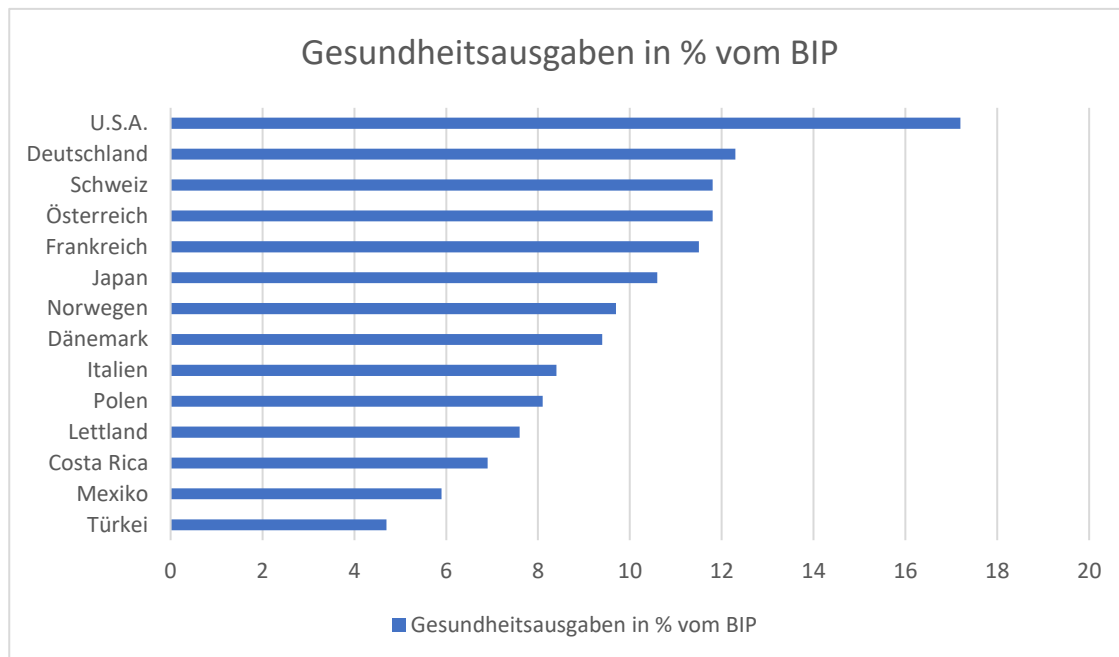


Im Einzelnen

Ausgabenproblem der gesetzlichen Krankenversicherung in den Griff bekommen

Deutschland hat mit 12,3 % den höchsten Gesundheitsausgabenanteil am Bruttoinlandsprodukt in Europa und den zweithöchsten Anteil weltweit (nach den USA)³, ohne dafür auch eine Spitzengesundheitsversorgung zu haben.

Deutschland bei Ausgaben vorne



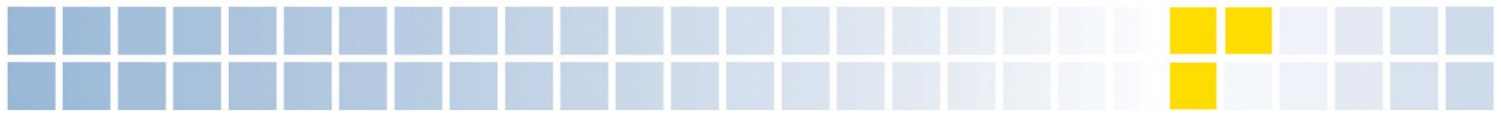
Quelle: OECD Health Data, 2025⁴

Eine zukunftsichere Krankenversicherung setzt durchgreifende und nachhaltige Strukturreformen insbesondere auf der Ausgabenseite voraus, denn die GKV hat kein Einnahmen-, sondern ein Ausgabenproblem. Seit 2000 sind die Ausgaben je Versicherten jedes Jahr um durchschnittlich rund 1 Prozentpunkt stärker gestiegen als die beitragspflichtigen Einkommen pro Kopf⁵. Und auch im Vergleich zur Wirtschaftsleistung sind die GKV-Ausgaben überproportional stark angewachsen: Betrachtet man die jahresdurchschnittlichen Wachstumsraten seit dem Jahr 2000, dann sind die GKV-Ausgaben je Versicherten nominal mit einer Rate von 3,41 % pro Jahr gestiegen, das nominale BIP je Einwohner wuchs dagegen

³ OECD (2025): Data Explorer: [https://data-explorer.oecd.org/vis?lc=en&pg=0&fs\[0\]=Topic%2C1%7CHealth%23HEA%23%7CHealth%20expenditure%20and%20financing%23HEA_EXP%23&fc=Topic&bp=true&snb=5&vw=tb&dfds\]=dsDisseminateFinalDMZ&dfid\]=DSD_SHA%40DF_SHA&dfaq\]=OECD.ELS.HD&df\[vs\]=1.0&dq=.A.EXP_HEALTH.PT_B1GQ.T..T..T...&pd=2015%2C&to\[TIME_PERIOD\]=false](https://data-explorer.oecd.org/vis?lc=en&pg=0&fs[0]=Topic%2C1%7CHealth%23HEA%23%7CHealth%20expenditure%20and%20financing%23HEA_EXP%23&fc=Topic&bp=true&snb=5&vw=tb&dfds]=dsDisseminateFinalDMZ&dfid]=DSD_SHA%40DF_SHA&dfaq]=OECD.ELS.HD&df[vs]=1.0&dq=.A.EXP_HEALTH.PT_B1GQ.T..T..T...&pd=2015%2C&to[TIME_PERIOD]=false). [Letzter Abruf: 2. Oktober 2025].

⁴ OECD (2025): OECD Data Explorer • Health expenditure and financing <https://data-explorer.oecd.org/> <https://www.oecd.org/> [Letzter Abruf: 2. Oktober 2025].

⁵ Pimpertz (2023): Entwicklung der Ausgaben und Einnahmen in der Gesetzlichen Krankenversicherung. IW-Trends 4/2023. https://www.iwkoeln.de/fileadmin/user_upload/Studien/IW-Trends/PDF/2023/IW-Trends_2023-04-04_Pimpertz.pdf. [Letzter Abruf: 2. Oktober 2025].



lediglich mit einer Rate von 2,67 %⁶. Dabei ist die GKV-Finanzierungsbasis nicht erodiert: Je GKV-Mitglied haben sich die beitragspflichtigen Einkommen mit annähernd gleicher Dynamik entwickelt wie die durchschnittlichen Arbeitnehmerentgelte⁷.

Aufgrund der demografischen Entwicklung wird in den nächsten Jahren noch zusätzlicher Druck auf die Entwicklung der Beitragssätze entstehen: Selbst ein Ausgabenmoratorium, dass das Ausgabenwachstum der GKV auf die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen aller Versicherten begrenzt, könnte einen weiteren Beitragssatzanstieg nicht verhindern. Da die Versichertengemeinschaft signifikant altert, führt allein die wachsende Anzahl an Versicherten in den ausgabenintensiven höheren Altersklassen (selbst wenn die Grundlohnsumme durch den höheren Rentneranteil nicht schrumpft) zu einem latenten Ausgabenanstieg. Um diesen demografischen Faktor auf die Ausgabenentwicklung zu neutralisieren, müssen die Ausgaben pro Kopf hinter der Wachstumsrate der beitragspflichtigen Einnahmen zurückbleiben.⁸

Nach aktuellem Stand ist bereits in den nächsten zehn Jahren ein Anstieg des Beitragssatzes zur Krankenversicherung auf 20 % im Jahr 2035 wahrscheinlich⁹. Zusammen mit der ebenfalls steigenden Beitragsbelastung in den anderen Sozialversicherungszweigen droht dann ein Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz von knapp 50 %¹⁰. Hohe Sozialversicherungsbeiträge würden jedoch die Wettbewerbschancen von Arbeitgebern in Deutschland senken und damit Investitionen, Wachstumschancen und Arbeitsplätze gefährden. Daher führt kein Weg daran vorbei, die Beitragsbelastung in der GKV durch ausgabensenkende Reformen zu begrenzen.

Krankenhauslandschaft auf bedarfsnotwendige Krankenhäuser konzentrieren

Durch eine Konsolidierung des Krankenhaussektors, dem größten Ausgabenbereich der gesetzlichen Krankenversicherung, können erhebliche Kosten gespart und die Versorgungsqualität verbessert werden.

Dazu ist erforderlich:

- Die mit der Krankenhausreform entwickelten **Qualitätskriterien und Mindestmengen für die Behandlung in Krankenhäusern müssen bundesweit ausnahmslos gelten**. Die Länder dürfen zudem nur an die Krankenhäuser Versorgungsaufträge vergeben, die diese Kriterien erfüllen. Nicht benötigte Krankenhausbetten müssen konsequent abgebaut werden. Damit würde eine Verbesserung der Behandlungsqualität¹¹ und eine Schonung der Personalressourcen erreicht.
- **Die Krankenhausvergütung sollte grundsätzlich nach dem Fallpauschalensystem erfolgen**. Das aktuelle Niveau der Vorhaltevergütung ist zu hoch und sollte – wie ursprünglich von der Krankenhauskommission vorgeschlagen – auf maximal 40 % (inkl. Pflegebudget) abgesenkt und an der potenziell zu versorgenden Bevölkerung und nicht am Fall orientiert werden. In begrenztem Umfang und in besonderen Konstellationen

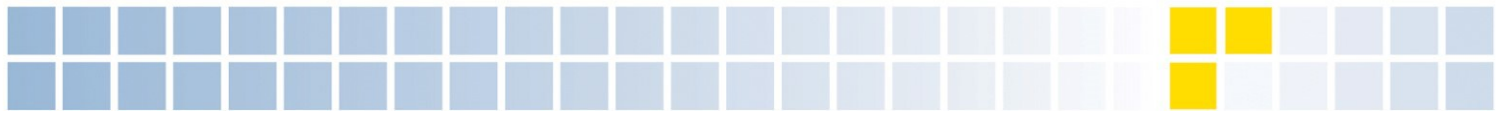
⁶ Pimpertz (2023): a.a.O.

⁷ Pimpertz (2023): a.a.O.

⁸ Pimpertz (2025): Reicht ein Ausgabenmoratorium zur Stabilisierung des Beitragssatzes zur Gesetzlichen Krankenversicherung? Eine kontrafaktische Simulation. IW-Trends 3/2025. <https://www.iwkoeln.de/studien/jochen-pimpertz-reicht-ein-ausgabenmoratorium-zur-stabilisierung-des-beitragssatzes-zur-gesetzlichen-krankenversicherung-eine-kontrafaktische-simulation.html>. [Letzter Abruf: 2. Oktober 2025].

⁹ Ochmann et al. (2025): Beitragsentwicklung in der Sozialversicherung - Update der szenarienbasierten Projektion bis zum Jahr 2035 – Stand Juni 2025. https://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2025/update-entwicklung-der-sozialabgaben/index_ges.html. [Letzter Abruf: 2. Oktober 2025]

¹⁰ Ochmann et al. (2025): a.a.O.



(z. B. Pädiatrie oder Geburtshilfe im ländlichen Raum) können Vorhaltevergütungen im Interesse der Sicherstellung der Versorgung notwendig sein. Sie bergen aber die große Gefahr, dass im Ergebnis viel Geld für wenig Behandlungen ausgegeben wird. Fallpauschalen bieten dagegen grundsätzlich richtige Anreize zur effizienten Versorgung, denn damit wird nur für den für eine Leistung erforderlichen Aufwand bezahlt. Zudem stellen Fallpauschalen sicher, dass die Krankenhäuser für die Durchführung notwendiger Behandlungen auch angemessen honoriert werden, was im Interesse der Sicherstellung der Versorgung auch wünschenswert ist, damit Behandlungen nicht abgelehnt werden. Möglichen Fehlentwicklungen, dass Fallpauschalen in einigen Bereichen auch zu unnötigen Behandlungen führen können, lässt sich zudem mit gegensteuernden Maßnahmen wirkungsvoll begegnen.

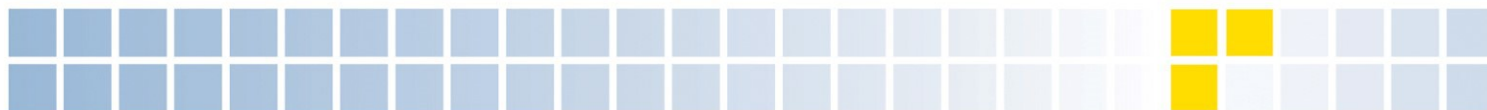
Effizienzpotenziale heben

Für das deutsche Gesundheitssystem werden viele Ineffizienzen nachgewiesen. Durch ihre Beseitigung könnten sogar ohne Einbußen bei der Dichte und Qualität der Versorgung Kosten gesenkt werden. Diese Potenziale werden auf bis zu 20 % der Gesundheitsausgaben beziffert¹². Allein die Vermeidung von sogenannten ambulant-sensitiven Krankenhaufällen bietet Einsparpotenziale von bis zu 9,2 Mrd. €¹³. Diese Ineffizienzen müssen endlich abgebaut und das damit verbundene Einsparpotenzial erschlossen werden. Insbesondere folgende Maßnahmen sind dringend zur Hebung der vorhandenen Effizienzpotenziale erforderlich:

- **Wettbewerb stärken:** Der Gesetzgeber sollte die Regelung der Beziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern sowie zwischen den Krankenkassen und Versicherten so weit wie möglich dem Vertragswettbewerb überlassen. Der Ausbau von Wettbewerbselementen ist eines der wirksamsten Mittel, um überall in Deutschland eine qualitativ gute und bezahlbare medizinische Versorgung zu sichern. Die Krankenkassen und ihre jeweiligen Verbände sollten das Recht erhalten, eigenständig – insbesondere mit einzelnen Ärzten, Ärztegruppen sowie Krankenhäusern – zu verhandeln sowie Verträge über Preise, Mengen und Qualitäten abzuschließen. Dadurch kann ein Wettbewerb um die beste Versorgungsform (z. B. kassenartenspezifische Vertragsarztmodelle, medizinische Versorgungszentren, Hausarztmodell) gestartet werden. Eine Verpflichtung der Kassen, eine bestimmte Versorgungsform (z. B. verpflichtende kollektive Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB[°]V) anzubieten, sollte es hingegen nicht geben.

¹² Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen (2018): Über- und Fehlversorgung in deutschen Krankenhäusern: Gründe und Reformoptionen, S. 36.
https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Ministerium/Geschaeftsbereich/Wissenschaftlicher_Beirat/Gutachten_und_Stellungnahmen/Ausgewaehlte_Texte/2018-06-19-Ueber-und-Fehlversorgung-Krankenh.pdf?__blob=publicationFile&v=1, [Letzter Abruf: 2. Oktober 2025].

¹³ Lange et al. (2020): Hochkostenversicherte in Deutschland: Leistungs- und Kostenprofile. In: Zeitschrift für Evidenz Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Volumes 153-154, 2020, S. 76-83, S. 80.



- **Optimierte Versorgungspfade etablieren:** Für eine schnellere und zielgerichtete Versorgung der Patienten sind folgende Bausteine notwendig:
 - Ein **verbindliches und standardisiertes Ersteinschätzungsinstrument:** Mit der strukturierten medizinischen Ersteinschätzung (SmED¹⁴) der Kassenärztlichen Vereinigungen besteht bereits ein funktionierendes und erprobtes System zur Ersteinschätzung für die Akut- und Notfallversorgung auf das aufgesetzt werden kann und das ausgebaut werden sollte. Genutzt werden kann das System sowohl telefonisch über die 116 117 als auch als Onlineangebot zur Selbsteinschätzung (Patienten Navi Online¹⁵).
 - Die Festlegung von **verbindlichen und einheitlichen Behandlungspfaden**¹⁶ (evidenzbasiert, nutzenbewertet und wirtschaftlich).
 - Die Möglichkeit zur **Terminvergabe**¹⁷ entsprechend des festgestellten medizinischen Bedarfs und der Dringlichkeit: Eine Terminvergabe innerhalb des Systems der 116 117¹⁸ ist bereits heute sowohl telefonisch als auch online nach Durchlaufen der Ersteinschätzung in einzelnen KV-Regionen möglich und sollte ausgebaut und qualitativ verbessert werden.

Die Einführung eines Primärarztmodells, wie es der aktuelle Koalitionsvertrag dem Grunde nach vorsieht, kann ein erster Schritt sein. Neben Haus- und Kinderärzten sollten aber auch andere Arztgruppen (z. B. Betriebsärzte) und Gesundheitsfachberufe (z. B. Pflegefachpersonen) einbezogen sein. Ziel muss ein Primärversorgungssystem sein, das die Patienten zielgerichtet in die richtige Versorgung steuert. Dabei muss sichergestellt sein, dass die Wahl der primärversorgenden Praxis (hausärztliche Praxis, kinderärztliche Praxis oder gynäkologische Praxis) frei ist¹⁹, die Wahl der nächsthöheren Versorgungsebene jedoch nicht²⁰. Der Zugang zur nächsthöheren Versorgungsebene darf ausschließlich nach Überweisung durch die primärversorgende Praxis oder durch die verbindliche einheitliche Ersteinschätzung möglich sein. Bei Nichteinhaltung sollte die Krankenkasse nicht zur Sachleistung oder Kostenerstattung verpflichtet sein, vielmehr sollten dann die Versicherten, die den vorgesehenen Weg nicht einhalten, selbst zahlen müssen²¹. Dass die Bevölkerung ein Primärversorgungssystem mehrheitlich unterstützt, zeigt eine repräsentative Forsa-Umfrage²²: 79% der Befragten wünschen sich einen festen Ansprechpartner, der sie durch das Gesundheitssystem lotst und

¹⁴ Detaillierte Informationen, Evaluationsergebnisse sowie Test- und Liveumgebung unter <https://www.zi.de/themen/medizin/smed/uebersicht>.

¹⁵ Erreichbar unter <https://patientennavi.116117.de/askPlz.xhtml>.

¹⁶ Z. B. nach dem Vorbild der verbindlichen Priorisierungsleitlinien in Schweden. Die Priorisierungsleitlinien haben sich dort als Instrument einer versorgungswirksamen Steuerung bewährt und entfalten Wirkung.

¹⁷ Um zielgerichtet Termine von passenden Praxen vorschlagen zu können, ist die gesetzliche Einbindung des Arztregisters in die digitale Terminvermittlung zwingend.

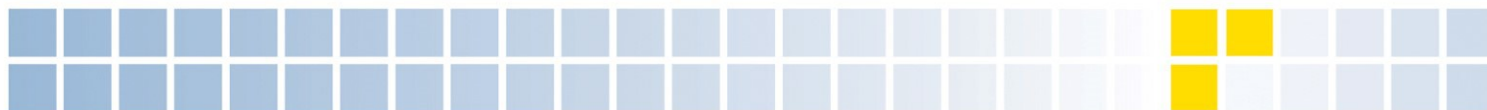
¹⁸ Erreichbar unter <https://www.116117-termin.de/>.

¹⁹ Die Festlegung auf die grundversorgende Praxis muss für einen verbindlichen Zeitraum (z. B. 4 Quartale) erfolgen und auch technisch umgesetzt werden – z. B. durch die Hinterlegung der Betriebsstättennummer (BSNR) auf der eGK beim Versichertenstammdatenabgleich (VSDM).

²⁰ Dies kann über einen sog. Überweisungsvorbehalt einfach umgesetzt werden. Dieses Instrument ist nicht neu, sondern bereits heute in § 135 SGB V und § 13 BMV-Ä geregelt. Diese Regelung müsste lediglich auch auf andere Arztgruppen ausgeweitet werden. Nach ständiger Rechtsprechung des BSG und des BVerfG ist der Überweisungsvorbehalt zulässig und dient der optimierten Patientenversorgung sowie dem sparsamen Einsatz der Leistungsressourcen.

²¹ Dies lässt sich einfach durch die Vorgabe von Privatliquidation in diesen Fällen umsetzen und hat den Vorteil, dass dies sowohl für die Patienten als auch für die behandelnden Praxen Steuerungswirkung entfaltet.

²² AOK BV (2025): Meinungen zur Primärversorgung - Ergebnisse einer repräsentativen Befragung. https://www.aok.de/pp/fileadmin/bereiche/unternehmenskommunikation/AOKs_und_ihr_Verband/AOK_Bundesverband/Pressemitteilungen/2025/forsa_zu_Primaerversorgung/Primaerversoegung_Umfrage.pdf. [Letzter Abruf: 20. Oktober 2025].



55 % stimmen dem Vorschlag zu, dass Facharzttermine nur nach einer Überweisung vergeben werden sollen.

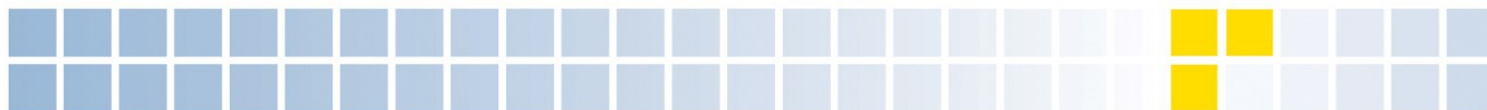
- **Notfallversorgung effizienter gestalten:** In der Notfallversorgung bedarf es dringend einer übergreifenden Koordinierung und Steuerung der Patientinnen und Patienten in das für den jeweiligen Behandlungsanlass „richtige“ und kostengünstigste System. Sektorübergreifende Integrierte Notfallzentren (INZ), wie sie auch vom Sachverständigenrat für Gesundheit in seinem Gutachten „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“ (2018)²³ gefordert werden, können eine übergreifende Koordinierung und Steuerung ermöglichen. Aktuell findet eine effiziente Steuerung der Notfallversorgung noch nicht in ausreichendem Maße statt. Schätzungen gehen davon aus, dass bis zu 53 % der Fälle in Notaufnahmen der Krankenhäuser ambulant durch Vertragsärzte behandelbar wären²⁴ (33 % durch die Vertragsärzteschaft behandelbaren Patientinnen und Patienten im Bereich allgemeiner Notfalleleistungen zuzüglich grundsätzlich außerhalb des Krankenhauses behandelbaren Patientenanteil von 20 %). Eine aktuelle Forsa-Umfrage kommt zu dem Ergebnis, dass mindestens 41 % der Menschen, die in den vergangenen fünf Jahren die Notaufnahme einer Klinik aufgesucht haben, dies ohne vorherige Ersteinschätzung durch eine kompetente Stelle selbst entschieden haben.²⁵ Tatsächliche Notfallpatienten haben durch den hohen Anteil von vermeintlichen Notfallpatienten das Nachsehen und verlieren mitunter entscheidende Behandlungszeit. Zudem blockieren ambulant gut behandelbare Patienten mit harmlosen Beschwerden spezialisierte und teure Behandlungskapazitäten. Portalpraxen und die strukturierte medizinische Ersteinschätzung (SmED) der Kassenärztlichen Vereinigungen sind ein erster richtiger Schritt in dieser Richtung.
- **Sektorengrenzen sachgerecht überwinden:** Unnötige stationäre Behandlungen und die damit verbundenen Risiken für die Patientinnen und Patienten müssen vermieden und die Kapazitäten im ambulanten Bereich genutzt werden. Aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts können immer mehr Behandlungen ambulant durchgeführt werden. Nach einem IGES-Gutachten könnten die ambulanten Operationen (AOP-Katalog) um fast 2.500 verschiedene Leistungen ausgeweitet werden – das entspricht rund 90 % des bisherigen Leistungsumfangs²⁶. Die Vergütung dieser Leistungen muss ausschließlich, wie auch gesetzlich vorgesehen, ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) erfolgen – egal, wo sie erfolgen. So werden Fehlanreize für eine unnötige stationäre Erbringung der Leistung vermieden.
- **Versorgung auf Leistungen konzentrieren, deren Nutzen nachgewiesen ist und die wirtschaftlich erbracht werden:** Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung müssen auf eine Basissicherung konzentriert werden, die einerseits die medizinisch notwendige Versorgung sichert, aber andererseits verzichtbare Leistungen ausschließt. Die Definition einer Basissicherung ist notwendige Voraussetzung, um die gesetzliche Krankenversicherung finanzierbar zu halten und die in anderen Ländern schon heute

²³ SVR-G (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, Ziffer 904 ff. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf. [Letzter Abruf: 2. Oktober 2025].

²⁴ Haas C, Larbig M, Schöpke T et al. (2015) Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus. Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse. Management Consult Kestermann GmbH, Hamburg, erstellt in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e. V. (DGINA), Hamburg. S. 72 ff.

²⁵ AOK BV (2025): Einstellungen zur Notfallversorgung - Bevölkerungsrepräsentative Befragung von Forsa. <https://www.aok.de/pp/bv/pm/forsa-befragung-notfallversorgung/>. [Letzter Abruf: 2. Oktober 2025].

²⁶ Albrecht et al. (2022): Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V, S. 184 ff. https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e27603/e27841/e27842/e27844/attr_o_bjs27932/IGES_AOP_Gutachten_032022_ger.pdf. [Letzter Abruf: 2. Oktober 2025].

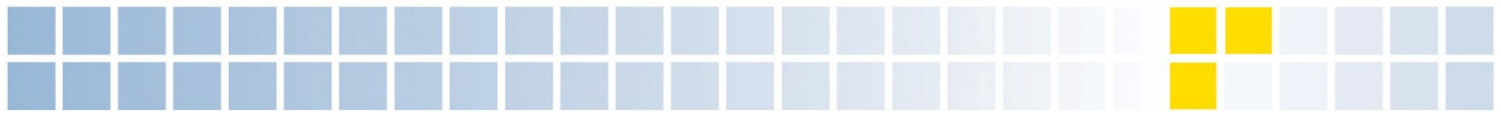


praktizierten Formen der Rationierung von Gesundheitsleistungen (z. B. altersbezogene Leistungsausschlüsse, Ausschluss Einzelner vom medizinischen Fortschritt) auch künftig vermeiden zu können. Basissicherung bedeutet, dass grundsätzlich nur noch solche Leistungen übernommen werden, deren Nutzen nachgewiesen ist und die wirtschaftlich erbracht werden. Zur Definition einer solchen Basissicherung sollten bestehende Strukturen wie der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) sowie das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) genutzt werden. Nach erfolgter (positiver) Nutzenbewertung müssen die medizinischen Leistungen durchgängig auf Wirtschaftlichkeit anhand von Kosten-Nutzen-Analysen überprüft werden. Nur Leistungen, die einen (Zusatz-)Nutzen aufweisen, der in einem angemessenen Verhältnis zu den Kosten steht, dürfen in den Leistungskatalog aufgenommen werden bzw. im Katalog verbleiben. Hier ist insbesondere im Bereich der innovativen Arzneimittel ein Nachsteuern und eine Stärkung des AMNOG-Verfahrens erforderlich. So sollten z. B. auch bei den sog. Orphan Drugs eine reguläre Bewertung ihres Zusatznutzens erfolgen, die Preise konsequent an den Zusatznutzen gebunden und die sog. „Leitplanken“ als Anreizstärkung zur Evidenzerbringung gestärkt werden. Umfangreiche und detaillierte Vorschläge hierzu hat der Sachverständigenrat Gesundheit mit seinem Gutachten 2025²⁷ vorgelegt.

- **Digitalisierung vorantreiben:** Die Digitalisierung im Gesundheitswesen besitzt nicht nur das Potenzial, Prozesse effizienter zu gestalten, sondern auch die Versorgung im Gesundheitswesen zu verbessern. Die elektronische Patientenakte (ePA) muss zum digitalen Herzstück des Gesundheitswesens werden und zügig weiterentwickelt werden. Damit sie Nutzen für Versicherte und Leistungserbringende bietet, ist es zwingend erforderlich, dass sie endlich standardmäßig mit Daten und damit mit Leben gefüllt wird. Dies wird nur mit der bereits vorgesehenen gesetzlichen Verpflichtung der Ärztinnen und Ärzte zur Einstellung von Daten wie Befundberichte, Arztbriefen und Laborwerten, die ab dem 1. Januar 2026 auch sanktionsbewehrt²⁸ ist, gelingen. Diese (aufgrund der Strafbewehrung auch wirksame) Verpflichtung der Ärzteschaft zur Einstellung von Daten darf daher keinesfalls aufgeweicht oder gar zurückgenommen werden. Für eine weitere Verbreiterung der Anwendung wäre eine Ausweitung des wieder zugelassenen Video-Ident-Verfahrens auch für die in der Krankenkassen-App integrierten Anwendungen hilfreich, da die derzeitige komplizierte Registrierung viele Nutzer abschreckt und von der Verwendung der ePA abhält. Die ePA kann zu effizienteren Arbeitsprozessen beitragen und die Versorgung durch die Nutzung der gesammelten Gesundheitsdaten und KI entscheidend verbessern. Mehrwerte lassen sich mit der ePA z. B. schnell durch den Impfpass sowie Medikationslisten und Medikationspläne generieren, indem auf Grundlage der Medikationsdaten in der ePA Wechselwirkungen bei Medikamenten in der Apotheke oder in der Arztpraxis frühzeitig erkannt und vermieden werden können. Die ePA kann ebenfalls dazu beitragen, unnötige (Doppel-) Untersuchungen und Folgebehandlungen zu reduzieren und die Notfallversorgung zu verbessern. Die Gesundheits- und Sozialdaten der Versicherten müssen von den Krankenkassen zur effizienten Patientensteuerung sowie von der Wissenschaft zur Versorgungsforschung und medizinischen Forschung genutzt werden können. Damit Digitalisierung auch zu einer effizienteren Versorgung führt, muss sichergestellt werden, dass die Leistungserbringenden die durch die Digitalisierung erzielten Kosteneinsparungen an die

²⁷ SVR-G (2025): Preise innovativer Arzneimittel in einem lernenden Gesundheitssystem. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2025/SVR_Gutachten_2025.pdf. [Letzter Abruf: 2. Oktober 2025].

²⁸ So wird ab dem 1. Januar 2026 die TI-Pauschale um 50 % gekürzt, wenn die aktuelle Softwareversion der ePA nicht nachgewiesen wird und die Vergütung um 1 % gekürzt, wenn die technische Ausstattung zur ePA nicht vorhanden ist.



Krankenversicherungen und diese die Vorteile auch an die Beitragszahlenden weitergeben.

- **Fehlverhalten im Gesundheitswesen reduzieren:** Der Leistungsmissbrauch in der gesetzlichen Krankenversicherung muss wirksam begrenzt werden. Dazu müssen die notwendigen rechtlichen Rahmenbedingungen geschaffen werden, damit Krankenkassen über Kassen- und Ländergrenzen hinweg Daten austauschen können. Nach Angaben des GKV-SV verursachte das Fehlverhalten in den Jahren 2022 und 2023 einen Schaden von über 200 Mio. €²⁹ (z. B. durch Abrechnungsmanipulationen), aber selbst dies ist nur Spitze des Eisbergs, da von einem sehr hohen Dunkelfeld auszugehen ist. Zudem müssen Krankenhausabrechnungen wieder uneingeschränkt überprüfbar sein. Es darf nicht länger zugelassen werden, dass die Krankenkassen ungeprüfte Krankenhausabrechnungen bezahlen müssen und die Beitragszahlenden dadurch belastet werden. Schätzungsweise gehen den Beitragszahlenden durch die fehlende Regressmöglichkeit ca. 1 Mrd. € verloren.³⁰
- **Verwaltung effizient aufstellen:** Die Verwaltung der Krankenversicherung muss effizient und schlank organisiert werden. Die Verwaltungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung sind zwar im Verhältnis zu den Leistungsausgaben niedrig, in ihrer absoluten Höhe aber mit 10,9 Mrd. € erheblich und es bestehen durchaus Effizienzpotenziale.³¹

Eigenverantwortung stärken

Die Eigenverantwortung der Versicherten sollte durch mehr Selbstbeteiligung und mehr Kostentransparenz ausgeweitet werden. Das ist als Steuerungselement für eine verantwortungsvolle Inanspruchnahme des Gesundheitswesens unverzichtbar und stellt auch keine Überforderung der Versicherten dar. Nach wie vor weist Deutschland ein im internationalen Vergleich unterdurchschnittliches Niveau bei Eigenbeteiligungen³² auf. Im europäischen Vergleich sind die Kostenbeteiligungen gering bis moderat, zumal derzeit bei Haus- und Fachärzten gar keine Zuzahlungen zu leisten sind³³.

Eine Ausweitung der Eigenverantwortung der Versicherten trägt dazu bei, Versicherte zu wirtschaftlichem Verhalten und Kostenverantwortung zu motivieren, setzt Anreize für ein gesundheitsbewusstes Verhalten und verwirklicht den Grundsatz, dass sich die Solidarversicherung entsprechend dem Subsidiaritätsprinzip auf die Leistungen beschränken sollte, die der Einzelne nicht selbst tragen kann. Die Übernahme kleiner Risiken durch den

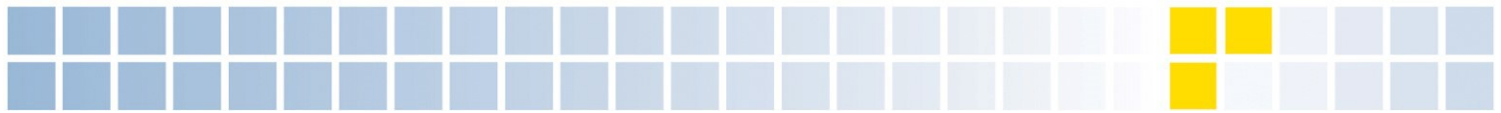
²⁹ https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_2008730.jsp. [Letzter Abruf: 1. Oktober 2025].

³⁰ Schätzung des vdek: <https://www.vdek.com/presse/pressemitteilungen/2024/krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz-khvvq-beitragsgelder-verantwortungsvoll-einsetzen.html>. [Letzter Abruf: 1. Oktober 2025].

³¹ Sozialbudget 2024, Tabelle III-1, [Sozialbudget 2024 - BMAS](https://www.bmas.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2024/01/sozialbudget2024.html). [Letzter Abruf 19. Oktober 2025]. Vorschläge finden sich im BDA-Positionspapier: Sozialversicherungsträger effizient organisieren und Soziale Selbstverwaltung stärken, Mai 2025, <https://arbeitsgeber.de/themen/sozialpolitik-und-soziale-sicherung/soziale-selbstverwaltung/>. [Letzter Abruf: 1. Oktober 2025].

³² OECD: Health at a glance 2023, Chapter 7, https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en/full-report.html. [Letzter Abruf: 2. Oktober 2025].

³³ Bahnsen (2022): Kostenbeteiligungen, Wartezeiten, Leistungsumfang - Ein europäischer Vergleich der Gesundheitssysteme, WIP-Analyse Februar 2022, S. 19. https://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Dokumente/Studien_in_Buchform/WIP-2022-Kostenbeteiligung-Wartezeiten-Leistungsumfang-Ein_europaeischer_Vergleich.pdf. [Letzter Abruf: 2. Oktober 2025].

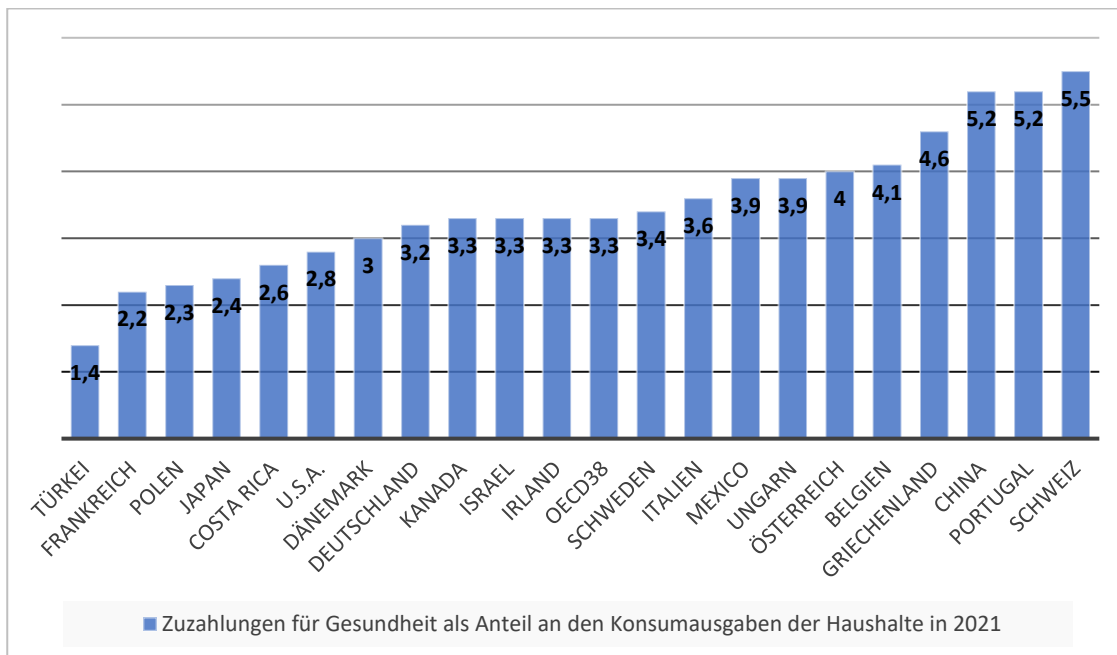


Einzelnen ist Voraussetzung dafür, dass die großen Risiken schwerer Erkrankungen auch weiterhin solidarisch abgedeckt werden können.

Folgende konkrete Maßnahmen zählen auf das Ziel der Stärkung der Eigenverantwortung ein:

- **Gesundheitliche Eigenkompetenz fördern:** Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Das umfasst auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich. Sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Die Stärkung der Gesundheitskompetenz sollte früh ansetzen, etwa in der schulischen Bildung, und durch qualitätsgesicherte, verständliche Gesundheitsinformationen in allen Lebensphasen unterstützt werden – etwa über vertrauenswürdige Online-Portale wie gesund.bund.de oder durch leicht zugängliche Angebote der Krankenkassen, in Familienzentren, Schulen und kommunalen Einrichtungen. Bestehende Angebote müssen aufrechterhalten und konsequent verbessert werden
- **Kostentransparenz herstellen:** Damit die Versicherten die Leistungen bewusst in Anspruch nehmen und die abgerechneten ärztlichen Leistungen überprüfen können, müssen unterstützend auch Transparenz und Information der Versicherten erhöht werden. Deshalb sollten die Versicherten bei Leistungsanspruchnahme automatisch und nicht nur auf Anfrage eine Aufstellung aller Leistungen und Kosten in übersichtlicher Form (Patientenquittung nach § 305 SGB V) erhalten. Die Patientenquittung sollte automatisch in die ePA eingestellt werden. Damit ist auch kein zusätzlicher Bürokratieaufwand verbunden. Zudem sollte jede Krankenkasse die Wahl haben, vom Sachleistungs- auf das Kostenerstattungsprinzip umzustellen. Das würde die bewusste Leistungsanspruchnahme durch die Versicherten weiter fördern.
- **Belastungsgrenze anheben:** Die heute geltende Belastungsobergrenze für Selbstbeteiligungen sollte von 2 auf 3 % der jährlichen Bruttoeinnahmen angehoben werden. Eine solche Belastungsgrenze reicht aus, um eine Überforderung des Einzelnen zu verhindern und gewährleistet, dass auch im späteren Verlauf eines Jahres noch die gewünschte Steuerungswirkung der Zuzahlungsregelungen gegeben ist.
- **Zuzahlungen an Preisentwicklung anpassen und dynamisieren:** Die Zuzahlungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (Arznei- und Verbandmittel, Krankenhausbehandlung und Reha, Heil- und Hilfsmittel sowie Fahrtkosten) sollten an die Preisentwicklung angepasst und dynamisiert werden: Die derzeit geltenden Zuzahlungen bzw. deren Mindest- (5,00 €) und Höchstbeträge (10,00 €) sind seit dem 1. Januar 2004 konstant und wurden seither der allgemeinen Lohn- und Preisentwicklung nicht angepasst. Eine Anpassung und Dynamisierung ist notwendig, um die ursprüngliche Bedeutung dieser Zuzahlungen wieder herzustellen und auch künftig zu erhalten. Gemäß der Preissteigerung zwischen 2004 und 2025 ergäbe sich so eine Anhebung der Beträge auf 7,50 € bzw. 15,00 €.

Zuzahlungen in Deutschland unterdurchschnittlich im internationalen Vergleich

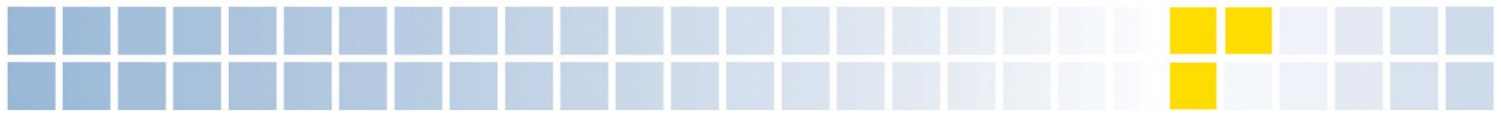


Quelle: OECD Health Statistics 2023

- **Arztbesuche nicht länger von Selbstbeteiligungen ausnehmen – steuernde Kontaktgebühr einführen:** Selbstbeteiligungen sollten vor allem dort ausgebaut werden, wo sie Anreize zu gesundheits- und kostenbewusstem Verhalten, also Steuerungswirkung, entfalten können. Insbesondere sollte daher eine Kontaktgebühr bei jedem Arztkontakt/Ambulanzkontakt anfallen. Diese würde eine bessere Steuerungswirkung entfalten als die bis Ende 2012 erhobene Praxisgebühr von 10 €, die bei Arztbesuchen einmalig im Quartal anfiel. Ihre Abschaffung war ein Fehler³⁴. Sie hat die Krankenkassen und damit die Beitragszahlenden mit rund 2 Mrd. € zusätzlich entlastet. Die Praxisgebühr hätte jedoch weiterentwickelt werden müssen, da sie in der alten Form nicht ihre optimale Steuerungswirkung entfalten konnte. Mit einer bei jedem Arztkontakt/Ambulanzkontakt erhobenen Kontaktgebühr ließe sich sowohl eine – moderate – Ausweitung der Selbstbeteiligung als auch eine gegenüber der Praxisgebühr verbesserte Steuerung erreichen. Die Zahl unnötiger Arztbesuche und „Ärzte-Hopping“ könnte vermieden und damit Wartezeiten verkürzt und Praxen entlastet werden. Eine repräsentative Umfrage von YouGov zeigt zudem, dass ein solches Instrument auch breite Zustimmung bei der Bevölkerung fände³⁵: 88 % sind demnach der Ansicht, das Bewusstsein und die Eigenverantwortung von Patientinnen und

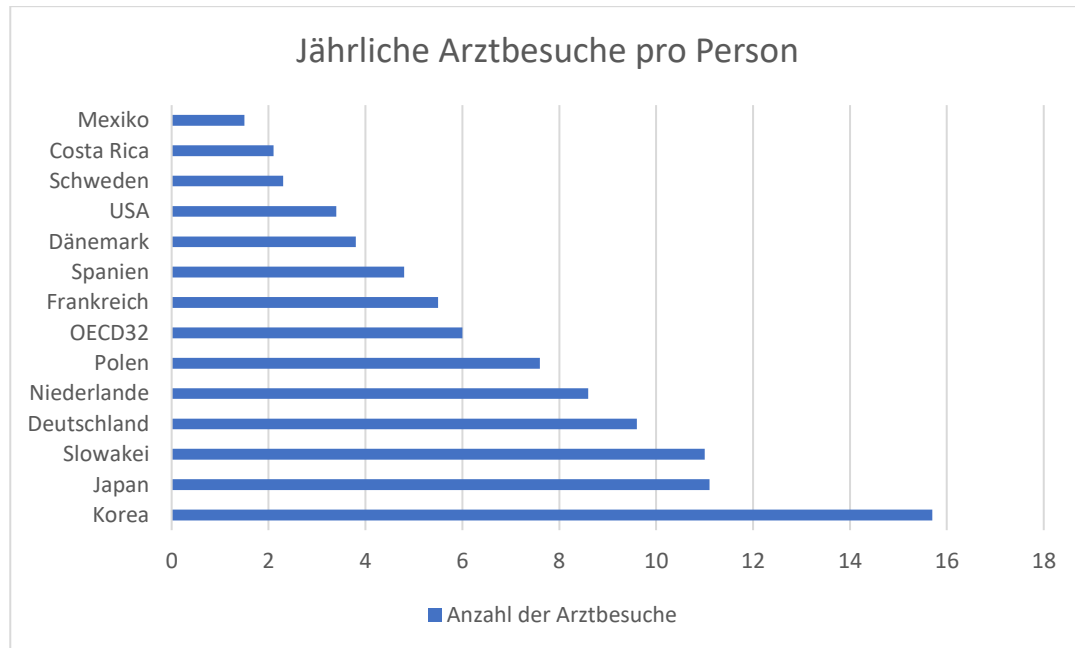
³⁴ Wie Farbmacher et al (2013) zeigen, hat sogar bereits die Praxisgebühr eine deutliche steuernde Wirkung entfaltet und die Zahl der Arztbesuche signifikant reduziert. Farbmacher/Winter (2013): Per-period Co-Payments and the demand for health Care: Evidence from survey and claims data. In: health Economics, Vol. 22, S. 1111-1123. Farbmacher et al. (2017) zeigen einen deutlich verringerten Effekt für chronisch Kranke, was zeigt, dass diese durch die Praxisgebühr gerade nicht grundsätzlich von Arztbesuchen abgehalten wurden. Farbmacher et al. (2017): Heterogenous effects of an nonlinear price schedule for outpatient care. In: Health Economics, Vol. 26. Seite 1234-1248.

³⁵ KV RLP (2025): Eigenbeteiligung beim Arzt für Mehrheit laut Umfrage sinnvoll. <https://upgrade2024.kv-rlp.de/presse/meldung/93-prozent-fuer-reformierung-ambulanter-versorgung>. [Letzter Abruf: 2. Oktober 2025].



Patienten solle gestärkt werden, damit überflüssige Arztbesuche in Zukunft reduziert werden. 57 % der Befragten halten eine sozialverträgliche Selbstbeteiligung bei Arztbesuchen für sinnvoll. 59 % glauben auch, dass eine finanzielle Beteiligung zu einer bewussteren und verantwortungsvolleren Inanspruchnahme von Arztbesuchen führt.

Hohe Anzahl an Arztkontakten in Deutschland



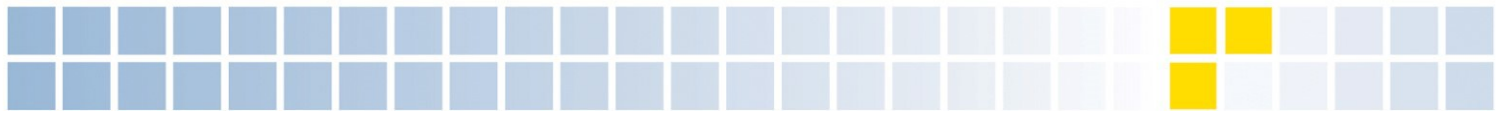
Quelle: OECD Health Statistics 2023

Versicherungsfremde Leistungen ordnungspolitisch korrekt finanzieren, Fehlfinanzierung beenden und Ausgabenmoratorium einführen

Um die Zeit zu überbrücken bis echte Strukturreformen wirken, müssen zeitnah Maßnahmen ergriffen werden, um die Beitragssätze in der Krankenversicherung zu stabilisieren. Heute müssen die Beitragszahlenden in hohem Umfang für gesamtgesellschaftliche Aufgaben aufkommen, die ordnungspolitisch korrekt aus Steuermitteln zu finanzieren wären. Zur Sicherstellung einer sachgerechten Finanzierungsverantwortung im Gesundheitsbereich sollten folgende Maßnahmen umgesetzt werden:

- **Zahlung kostendeckender Beiträge für Bürgergeld-Beziehende durch den Bund** (zusätzlich ca. 10 Mrd. €³⁶ pro Jahr), damit die Krankenkassen für die Übernahme der Versorgung von Hilfebedürftigen die Mittel erhalten, die sie dafür benötigen. Dadurch wäre eine Senkung um ca. 0,5 Beitragssatzpunkte möglich.

³⁶ Ochmann et al. (2024): GKV-Beiträge der Bezieher von ALG II – Aktualisierung. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressekonferenzen_gespraech/2024/20240524_pg_iges_gutachten/05_Gutachten_IGES_GKV-Ausgaben_von_ALG-II-Beziehern_2024-05-21.pdf [Letzter Abruf: 2. Oktober 2025].



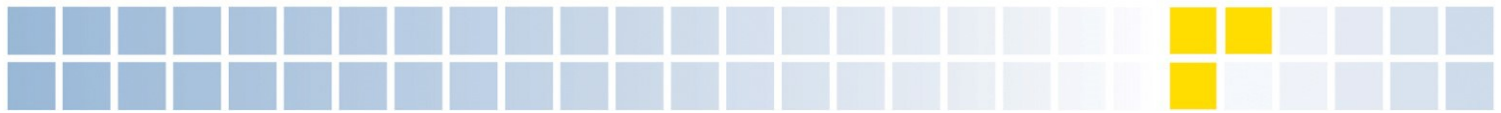
- **Dynamisierung des Bundeszuschusses für versicherungsfremde Leistungen:** Allein damit der Bundeszuschuss wieder seinen ursprünglichen (2012) Anteil von 7 % der Beitragseinnahmen erreicht, muss er um zusätzlich ca. 8 Mrd. € pro Jahr erhöht werden, um einer schleichenden Entwertung des Bundeszuschusses entgegenzuwirken. Dadurch wäre eine Senkung um ca. 0,4 Beitragssatzpunkte möglich.
- **Schließung der Investitionslücke in den Krankenhäusern durch die Länder,** die derzeit von der GKV gedeckt wird (ca. 4 Mrd. € pro Jahr). Die Länder kommen ihren Investitionsverpflichtungen für die Krankenhäuser derzeit nicht nach³⁷, was dazu führt, dass Investitionen sachfremd aus den DRGs, die zur Finanzierung der Betriebskosten gedacht sind, bezahlt werden müssen.
- **Ausschließliche und vollständige Finanzierung des vorgesehenen Krankenhaustransformationsfonds von 50 Mrd. € aus Steuermitteln.** Die Schaffung einer medizinischen Infrastruktur ist als Daseinsvorsorge Sache der Länder. Es widerspricht daher der deutschen Finanzverfassung und ist verfassungsrechtlich äußerst fragwürdig, die Hälfte der Kosten des Transformationsfonds den Beitragszahlenden aufzubürden. Auch ein aktuelles Gutachten von Prof. Dr. Dagmar Felix³⁸ kommt zu dem Ergebnis, dass die Finanzierung der Transformation der Krankenhauslandschaft durch einen Zugriff auch auf Sozialversicherungsbeiträge rechtlich unzulässig ist, da es sich bei der Transformation der Krankenhausversorgung um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt, die keinen hinreichend spezifischen Bezug zum Binnensystem der GKV aufweist. Die derzeit mit im Entwurf des Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform (KHAG) vorgesehenen Korrekturen sollten daher schnellstmöglich verabschiedet werden und in Kraft treten.
- **Steuerfinanzierung der Standortförderung im Bereich der Arzneimittel:** Es dient der Versorgungssicherheit, wenn sich pharmazeutische Hersteller in Deutschland ansiedeln. Die pharmazeutische Industrie leistet einen bedeutenden Beitrag zur deutschen Wirtschaftsleistung. Soweit pharmazeutische Hersteller für die Produktion am Standort Deutschland einen Aufschlag erhalten sollen, um höhere Produktionskosten auszugleichen und den Standort zu sichern, handelt es sich jedoch um reine Standort- und Wirtschaftsförderung. Das ist keine Aufgabe der Krankenversicherung und darf daher auch nicht in Form von Preisaufschlägen im Rahmen der AMNOG-Verhandlungen zu Lasten der Beitragszahlenden gehen. Die Standortförderung von pharmazeutischen Unternehmen muss durch steuerfinanzierte Fördermaßnahmen anstelle von Instrumenten zur Preisregulierung von Arzneimitteln erfolgen.
- **Mehrwertsteuer auf Arzneimittel und Hilfsmittel reduzieren:** Zudem muss eine Absenkung der Mehrwertsteuer auf 7 % für alle Krankenversicherungsleistungen mit bislang vollem Mehrwertsteuersatz (=ca. 4,7 Mrd. € Beitragsausgaben bei Arzneimitteln und ca. 0,6 Mrd. € bei Hilfsmitteln) erfolgen. Es ist weder nachzuvollziehen noch

³⁷ Bundesrechnungshof 2020: Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO, S. 32 f.

https://www.bundesrechnungshof.de/SharedDocs/Downloads/DE/Berichte/2020/krankenhausfinanzierung-gkv-volltext.pdf?__blob=publicationFile&v=1. [Letzter Abruf: 2. Oktober 2025].

³⁸ Felix (2024): Der geplante Transformationsfonds gemäß § 12b KHG; Zu den rechtlichen Grenzen der Modifizierung des dualen Finanzierungssystems.

https://www.vdek.com/LVen/RLP/Politik/positionen_ek/jcr_content/par/download_1312398762/file.res/240717%20GK V-SV_KHVVG_Gutachten%20Finanzierung_Transformationsfonds.pdf. [Letzter Abruf: 2. Oktober 2025].



begründbar, warum (lebens-)notwendige Humanarzneimittel höher besteuert werden als z. B. Süßigkeiten, Katzenfutter oder Tierarzneimittel.

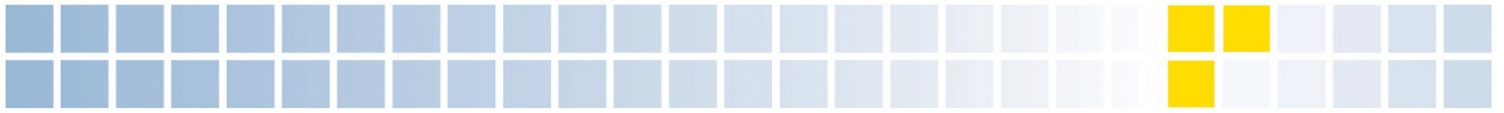
- **Einführung einer Beitragspflicht für bislang mitversicherte Ehegatten bei weiterhin beitragsfreier Mitgliedschaft während der Elternzeit:** Bisher beitragsfrei mitversicherte Ehegatten sollten künftig zumindest den Mindestbeitrag zahlen. Dies würde zu ca. 2,8 Mrd. € jährlichen Beitragseinnahmen führen, den Umfang nicht beitragsgedeckter Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung reduzieren und Fehlanreize gegen die Aufnahme einer Beschäftigung abbauen. Bisher beitragsfrei mitversicherte Ehegatten müssten dementsprechend, wie alle gesetzlich krankenversicherten Mitglieder, mindestens den Mindestbeitrag zahlen.
- **Ausgabenmoratorium einführen:** Kurzfristig sollte sichergestellt werden, dass die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung strikt an die tatsächlich vorhandenen Einnahmen gebunden sind³⁹. Preis- und Honorarsteigerungen dürfen nur in dem Maße berücksichtigt werden, wie sie durch die aktuellen Beitragseinnahmen gedeckt sind, um eine Beitragsstabilität zu gewährleisten. Zudem muss auf weitere Leistungsausweitungen verzichtet werden (z. B. Verlängerung der Sonderregelung zum Kinderkrankengeld). Das Moratorium sollte so lange greifen, bis durch weitreichende Strukturreformen eine nachhaltige Balance zwischen Einnahmen und Ausgaben hergestellt ist, um die finanzielle Tragfähigkeit der GKV dauerhaft zu sichern. Ein Ausgabenmoratorium allein ist aber aufgrund der demografischen Entwicklung nicht ausreichend, um einen weiteren Beitragsanstieg zu verhindern.⁴⁰

Was nicht hilft:

- Kein sinnvoller Weg zur Verbesserung der Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung wäre dagegen, die Beitragsbemessungsgrenze außerordentlich anzuheben. Hierdurch würde die ohnehin schon hohe Beitragslast noch weiter erhöht und das Solidarprinzip in der Krankenversicherung überstrapaziert, denn schon heute beträgt der Höchstbeitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung ein Vielfaches des Mindestbeitrags – trotz nahezu identischem Versicherungsschutz. Es widerspräche dem Versicherungsprinzip, wenn der Zusammenhang zwischen Beiträgen und dadurch erworbenen Versicherungsschutz noch weiter ausgehöhlt würde und die Krankenversicherungsbeiträge noch stärker den Charakter einer Sondersteuer auf Arbeit annähmen.
- Ebenso wenig sinnvoll wäre, die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung – über die Abdeckung nicht beitragsgedeckter Leistungen hinaus – durch Bundeszuschüsse zu finanzieren. Hierdurch würde die Notwendigkeit von nachhaltigen Strukturreformen der gesetzlichen Krankenversicherung nur verschleiert. Die Finanzierungsprobleme würden dadurch nicht gelöst, sondern lediglich auf den Bund verlagert. Zudem würde das beitragsfinanzierte und selbstverwaltete System der gesetzlichen Krankenversicherung durch einen schleichenden Übergang in ein steuerfinanziertes System geschwächt.
- Ebenfalls muss die vom Bundesgesundheitsministerium angekündigte Zahlung von 4 Mrd. Euro als erneute Soforthilfe für Krankenhäuser unterbleiben, weil diese

³⁹ Eine rechtliche Umsetzung ist leicht über eine Änderung des § 71 SGB V möglich.

⁴⁰ Pimpertz (2025): a.a.O.



Gießkannen-Förderung auch nicht benötigten Krankenhaus-Kapazitäten zugutekommen würde. Der dringend notwendige Konsolidierungsprozess würde aufgehalten und noch weiter verteuert. Ebenso wenig dürfen die Qualitätskriterien im Krankenhausreformprozess zugunsten von Ausnahmen für die Länder weiter verwässert werden.

Ansprechpartner:

BDA | DIE ARBEITGEBER

Bundesvereinigung der
Deutschen Arbeitgeberverbände

Abteilung Soziale Sicherung

T +49 30 2033-1600

soziale.sicherung@arbeitgeber.de

Die BDA organisiert als Spitzenverband die sozial- und wirtschaftspolitischen Interessen der gesamten deutschen Wirtschaft. Wir bündeln die Interessen von einer Million Betrieben mit rund 30,5 Millionen Beschäftigten. Diese Betriebe sind der BDA durch freiwillige Mitgliedschaft in Arbeitgeberverbänden verbunden.