HERBERT SCHEPKOWSKI

GESUNDHEITSREFORM 2026

Solidarität in **Liquidation**

Wie die Reform den Bundeshaushalt therapiert
und die Versicherten mit den Nebenwirkungen entlässt



Gesundheitspolitischer Befund | Beschlussstand: 10. Juli 2026

HERBERT SCHEPKOWSKI

Gesundheitsreform 2026

Solidarität in Liquidation

Wie die Gesundheitsreform 2026 den Bundeshaushalt therapiert

und die Versicherten mit den Nebenwirkungen entlässt

Impressum

Autor: *Herbert Schepkowski*

Online-Erstveröffentlichung: *Oktober 2026*

Eigenveröffentlichung

Stand der inhaltlichen Bearbeitung: *10. Juli 2026*

© 2026 Herbert Schepkowski

Alle Rechte vorbehalten.

Satz und Gestaltung: Herbert Schepkowski

Redaktioneller Hinweis: *Dieser Beitrag ist eine persönliche politische Analyse und Meinungsäußerung. Sie stellt keine Stellungnahme einer Behörde, Institution, Partei oder eines Arbeitgebers dar.*

Widmung

Diese kritische Betrachtung ist all jenen gewidmet, die noch nicht verlernt haben, den eigenen Verstand gegen amtliche Beschwichtigung zu verteidigen. Sie ist die Einschätzung und Empfindung eines Bürgers der Bundesrepublik Deutschland, der genug davon hat, wie ein kleines, dummes, unmündiges Kind behandelt zu werden.

Sie richtet sich an Menschen, die nicht gegen Solidarität sind, sondern gegen ihre politische Ausbeutung. An Bürger, die nicht länger bereit sind, jede Rechnung zu bezahlen und sich anschließend erklären zu lassen, höhere Belastungen seien Entlastung, gekürzte Zuschüsse seien Solidarität und politische Versäumnisse bloße Sachzwänge.

Mündigkeit beginnt dort, wo man aufhört, Beschwichtigung für Wahrheit zu halten.

SOLIDARITÄT
AUF REZEPT

Verordnet wird der Zusammenhalt. Bezahlt wird er von den Versicherten.



Staatsentlastung auf Kosten der Solidargemeinschaft.

Eine faktenbasierte Abrechnung mit der Gesundheitsreform 2026

Stand: 10. Juli 2026

Die „fast 19 Milliarden Euro“ sind kein bereits eingetretener Schaden und keine konkrete Ausgabe wie bei der Maskenbeschaffung. Gemeint ist die vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) bezifferte erwartete Finanzierungslücke beziehungsweise das notwendige Entlastungsvolumen für 2027, wenn Beitragssätze stabil gehalten werden sollen und die Ausgabenentwicklung fortgeschrieben wird. Das BMG spricht selbst von einer „Finanzierungslücke im kommenden Jahr von insgesamt 19 Milliarden Euro“ und später von einem „notwendigen Einsparvolumen von fast 19 Milliarden Euro“.

Inhaltsverzeichnis

Widmung 3

Die Gesundheitsreform 2026: Ein Placebo mit gefährlichen Nebenwirkungen 6

Die Regierung setzt auf „einnahmenorientierte Ausgabenpolitik“ –
ein Euphemismus für schleichende Kürzungen 7

Wenn Erkrankungen zur Kostenfalle werden 8

Der Bund spart – und die Versicherten zahlen die Zeche 9

Die Kassenkrise fiel nicht vom Himmel. Sie wurde politisch vorbereitet. 13

Corona: Erst Ausnahmezustand, dann Gedächtnislücke 14

Maskenbeschaffung: Erst ohne Maß gekauft, dann mit Maßlosigkeit erklärt 14

Die siebziger Jahre waren nicht gesünder – sie waren medizinisch ärmer 16

Doppelt untersucht, dreifach bezahlt 17

Wenn Grenzwerte Märkte schaffen 19

Die elektronische Patientenakte: ein verlorenes Jahrzehnt 20

Weltgewissen auf Beitragsrechnung 21

Reform statt Rechnungstrick 22

Wenn Stabilisierung Vertrauen kostet 23

Begriffe kurz erklärt 23

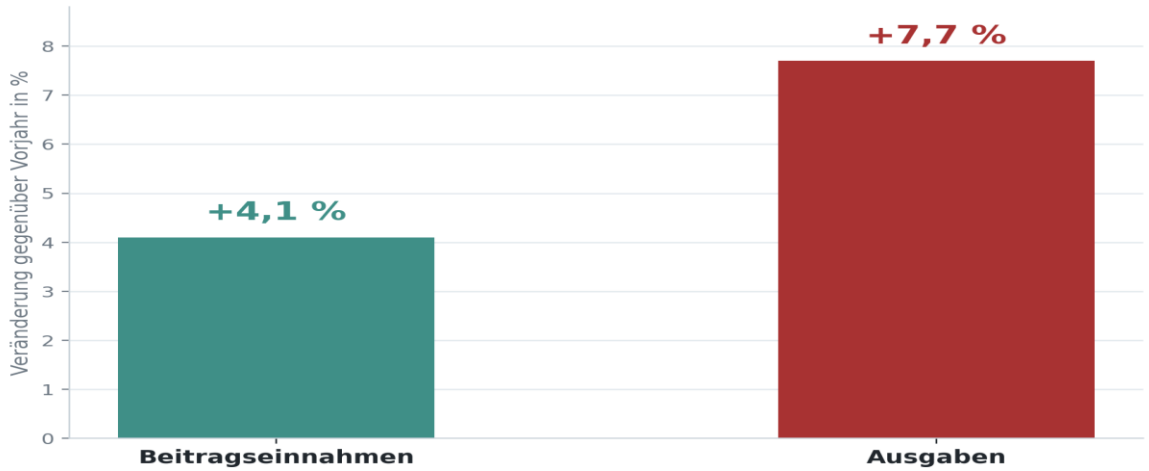
Quellen und Nachweise 28

Die Gesundheitsreform 2026: Ein Placebo mit gefährlichen Nebenwirkungen

Die Gesundheitsreform 2026 beginnt mit einer Täuschung – nicht in den Zahlen, sondern im Namen. „Beitragssatzstabilisierung“ klingt nach einer Rettungsaktion für ein Solidarsystem, das unter Druck steht. Doch stabilisiert wird hier nicht das System, sondern die Illusion, dass es für die Versicherten bezahlbar bleibt. Die Reform ist ein politisches Placebo: Sie beruhigt die Öffentlichkeit, während die eigentlichen Ursachen der Krise unbehandelt bleiben. Doch dieses Placebo hat gravierende Nebenwirkungen. Die Kosten verschwinden nicht, sie werden lediglich umetikettiert: Sie tauchen in der Apotheke auf, beim Zahnarzt, in der Familienversicherung – und in einer Versorgung, die Wartezeit zunehmend als Ersatz für offene Leistungskürzungen einführt.

Die finanzielle Schieflage der gesetzlichen Krankenversicherung ist unbestreitbar. Während die Beitragseinnahmen im ersten Quartal 2026 um 4,1 Prozent stiegen, explodierten die Leistungsausgaben um rund 7,6 bis 7,7 Prozent. Die Ausgaben wachsen damit nahezu doppelt so schnell wie die beitragsbezogenen Einnahmen. Für 2027 wird eine Deckungslücke von fast 19 Milliarden Euro prognostiziert. Doch wer diese Zahlen als bloße Naturgewalt darstellt, verschleiert die politische Verantwortung. Und wer sie kleinredet, verweigert sich der Realität. [1][2]

Die Krise ist unbestreitbar.
Die Antwort: ein Lehrstück politischer Augenwischerei.



Die Einnahmen wachsen in Schritten. Die Ausgaben in Sprüngen.

Quelle: BMG, Finanzentwicklung der GKV im 1. Quartal 2026 [1]

Denn die Krise ist hausgemacht. Die Ausgaben sind nicht einfach „davongelaufen“ – sie wurden politisch beschleunigt. Der Gesetzgeber hat großzügig Leistungen ausgeweitet, Kassenreserven geplündert, gesamtgesellschaftliche Aufgaben auf die GKV abgewälzt und dringend notwendige Strukturreformen aufgeschoben. Die Länder haben die Krankenhäuser bei Investitionen im Stich gelassen. Die Digitalisierung wurde jahrelang versprochen, aber nie so umgesetzt, dass sie den Informationsfluss zwischen Praxen und Kliniken verbessert hätte. Und die Pharmaindustrie hat Preise für neue Therapien durchgesetzt, die mit den Herstellungskosten längst nichts mehr zu tun haben.

Was die Reform hätte leisten müssen, bleibt unerledigt: die Ursachen der Krise zu bekämpfen. Stattdessen wird die Rechnung neu verteilt – und die Zahler neu sortiert. Die Gesundheitsreform 2026 ist kein Heilmittel, sondern ein politisches Placebo mit gefährlichen Nebenwirkungen. Es beruhigt die Symptome, während das Solidarsystem weiter erodiert. Doch die Nebenwirkungen sind nicht zu übersehen: steigende Eigenanteile, längere Wartezeiten und eine schleichende Aushöhlung der Solidarität. Ein Placebo mag kurzfristig beruhigen, doch es kann langfristig tödlich sein – für ein System, das auf Vertrauen und Fairness basiert.

Die Regierung setzt auf „einnahmenorientierte Ausgabenpolitik“ – ein Euphemismus für schleichende Kürzungen

Die Antwort der Regierung auf die dramatische Schieflage der gesetzlichen Krankenversicherung ist so simpel wie trügerisch: eine „einnahmenorientierte Ausgabenpolitik“. Der Begriff klingt nach Vernunft, nach kluger Haushaltsführung und ökonomischer Weitsicht. Doch in Wahrheit ist er nichts weiter als ein wohlklingender Deckmantel für eine Politik, die den medizinischen Realitäten unserer Zeit nicht gerecht wird. [3][4][5]

Die Idee, dass Vergütungen und Ausgaben nicht schneller steigen sollen als die beitragspflichtigen Einkommen, mag für einen privaten Haushalt sinnvoll erscheinen. Doch für eine Krankenversicherung, die sich an den tatsächlichen medizinischen Bedarf anpassen muss, ist diese Logik schlichtweg absurd. Die Grundlohnrate hat keine Ahnung von der wachsenden Zahl hochbetagter Patienten, vom steigenden Pflegeaufwand auf überfüllten Stationen oder von den explodierenden Kosten moderner Krebstherapien. Sie ignoriert die Realität einer alternden Gesellschaft, die Zunahme chronischer Erkrankungen und die Notwendigkeit, Pflegekräfte durch angemessene Bezahlung im Beruf zu halten.

Wer diese Rate dennoch zur Obergrenze der Versorgung erklärt, spart nicht einfach – er kürzt. Und zwar nicht auf dem Papier, sondern im Alltag der Menschen. Die Kürzungen sind nicht offen sichtbar, sondern verstecken sich hinter unbesetzten Stellen, geschlossenen Stationen, verkürzten Gesprächen und immer späteren Terminen. Die Versorgung wird nicht gestrichen, sie wird ausgedünnt – bis sie für viele kaum noch erreichbar ist.

Das ist politisch geschickt, aber moralisch verwerflich. Eine offen gestrichene Leistung würde Proteste auslösen. Eine Leistung, die theoretisch besteht, praktisch aber unerreichbar wird, lässt sich bequem als „Fachkräftemangel“ oder „strukturelles Problem“ verkaufen. Die Regierung hat die Kunst perfektioniert, Rationierung unsichtbar zu machen. Doch Rationierung verschwindet nicht, nur weil man sie nicht so nennt.

Die „einnahmenorientierte Ausgabenpolitik“ ist kein Akt der Vernunft, sondern ein Akt der Verdrängung. Sie verschiebt die Verantwortung, verschleiert die Krise und lässt die Versicherten mit den Folgen allein. Was als Maßnahme zur Stabilisierung verkauft wird, ist in Wahrheit ein schleichender Angriff auf die Versorgungssicherheit – und ein politisches Armutszeugnis.

Wenn Erkrankungen zur Kostenfalle werden

Die Gesundheitsreform 2026 ist ein Meisterstück der politischen Täuschung: Die Regierung rühmt sich, den Beitragssatz stabil zu halten, während sie die Versicherten dazu verdonnert, die vermeintliche Stabilität aus der eigenen Tasche zu finanzieren. Die Zuzahlung für verschreibungspflichtige Medikamente steigt von 5 bis 10 Euro auf 7,50 bis 15 Euro. Der Festzuschuss beim Zahnersatz wird von 60 auf 50 Prozent gekürzt. Ehe- und Lebenspartner, die bisher beitragsfrei mitversichert waren, müssen künftig in vielen Fällen einen zusätzlichen Beitrag zahlen. Und als Krönung wird die Beitragsbemessungsgrenze außerordentlich angehoben. [2][4][6][7][8]

Die Regierung verkauft das als Erfolg: Kein weiterer Anstieg des Beitragssatzes! Doch was nicht auf dem Lohnzettel steht, taucht auf der Apothekenquittung, im Heil- und Kostenplan des Zahnarztes oder in der neuen Beitragsrechnung auf. Das ist keine Entlastung – das ist eine Mogelpackung. Die Kosten werden nicht gesenkt, sie werden nur umetikettiert. Der Versicherte zahlt – nur an einer anderen Kasse.

Besonders zynisch ist die Wahl des Belastungsmaßstabs. Eine Steuer orientiert sich zumindest teilweise an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Eine Zuzahlung hingegen orientiert sich an der Krankheit. Wer gesund ist, zahlt nichts. Wer chronisch krank ist, zahlt regelmäßig – und immer mehr. Der medizinische Bedarf wird zur Einnahmequelle.

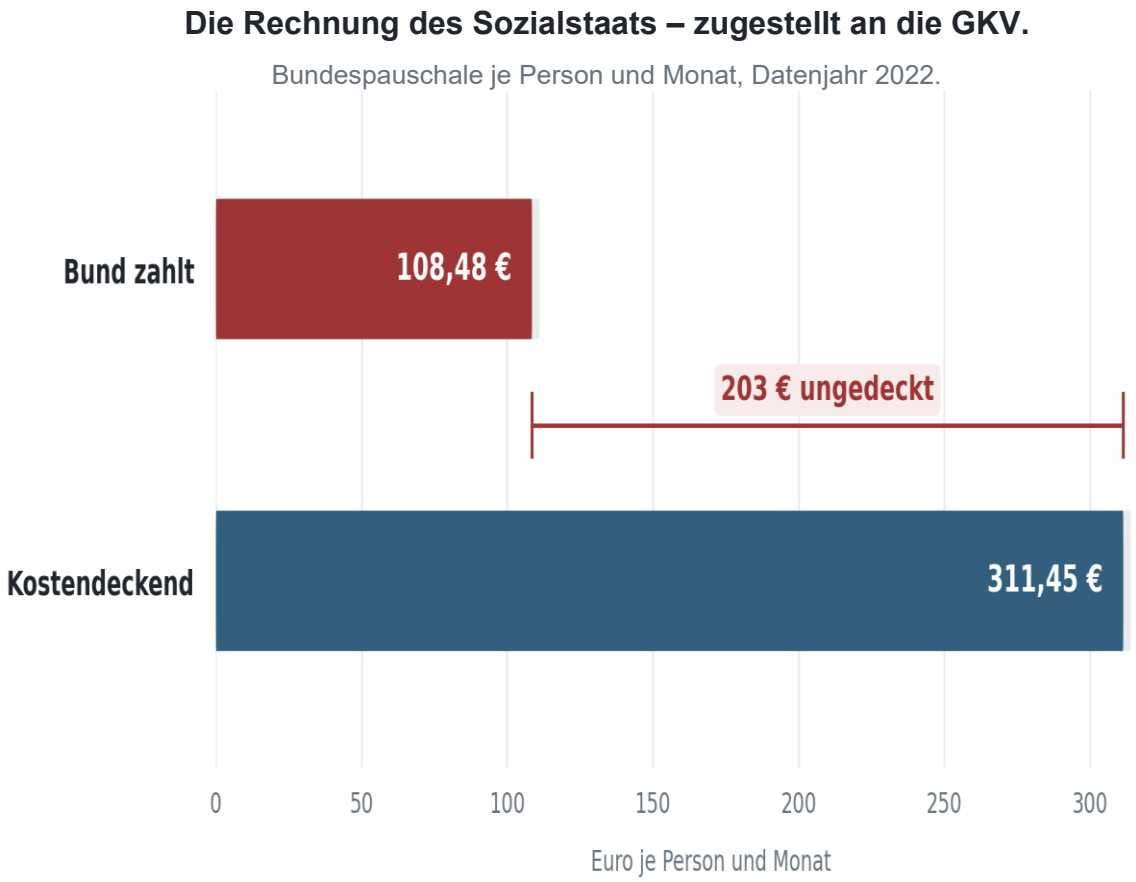
Härtefallregelungen mögen die Ärmsten schützen, doch die breite Mittelschicht bleibt auf der Strecke. Für eine Befreiung verdient sie zu viel, für die wachsenden Eigenanteile zu wenig. Die Belastung kommt nicht als plötzlicher Schock, sondern als schleichende Erosion des Haushaltsbudgets – eine Summe kleiner Rechnungen, die sich unbemerkt zu einer großen Last addieren. Genau deshalb ist sie politisch so bequem: Sie erzeugt keinen lauten Aufschrei, sondern nur stillen Frust.

Die Behauptung, Zuzahlungen würden zu einem verantwortungsvollen Umgang mit Leistungen anregen, ist ein Hohn. Bei verschreibungspflichtigen Medikamenten hat der Arzt die medizinische Notwendigkeit bereits festgestellt. Was soll der chronisch Kranke nun verantwortungsvoller tun – das Rezept nicht einlösen? Die Logik ist nicht nur absurd, sie ist menschenverachtend.

Diese Reform ist keine Stabilisierung, sondern ein Angriff auf die Solidarität. Sie trifft nicht die Gesunden, sondern die Kranken. Sie entlastet nicht die Versicherten, sondern den Staat. Und sie verschärft die soziale Ungleichheit, während sie sich als Erfolg verkauft. Die Regierung hat nicht die Krise gelöst – sie hat sie nur neu verpackt. Und die Versicherten zahlen den Preis.

Der Bund spart – und die Versicherten zahlen die Zeche

Der Bund bestellt, die GKV bezahlt – so lässt sich der gravierendste Fall staatlicher Unterfinanzierung zusammenfassen. Besonders betroffen ist die gesundheitliche Versorgung von Menschen in der Grundsicherung. Der Bund entscheidet, wer Anspruch auf diese Fürsorgeleistung hat, und verpflichtet die Krankenkassen, den vollständigen Versicherungsschutz zu gewähren. Doch wenn es ums Bezahlen geht, wechselt der Staat die Rolle: Aus dem Auftraggeber wird ein Zuschussgeber. Statt die tatsächlichen Kosten zu übernehmen, überweist der Bund eine gesetzlich festgelegte Pauschale – ob diese ausreicht, interessiert ihn nicht. Die Krankenkassen müssen die Versorgung trotzdem sicherstellen. [19][21][22]



2022 trug der Bund nur 39 % der GKV-Kosten – 61 % verblieben bei der Solidargemeinschaft.

Quelle: IGES-Gutachten 2024; GKV-Spitzenverband [19][20]

Die Zahlen sprechen eine deutliche Sprache: Im Jahr 2022 übernahm der Bund gerade einmal 39 Cent von jedem Euro, den die GKV für diese Versichertengruppe ausgab. Konkret zahlte der Bund pro Grundsicherungsempfänger monatlich 108,48 Euro, obwohl die tatsächlichen Kosten laut IGES-Gutachten bei 311,45 Euro lagen. Die Differenz – 61 Prozent der Kosten – wurde kurzerhand auf die Solidargemeinschaft der GKV abgewälzt. Das summierte sich allein 2022 auf eine Finanzierungslücke von 9,2 Milliarden Euro. [19][20]

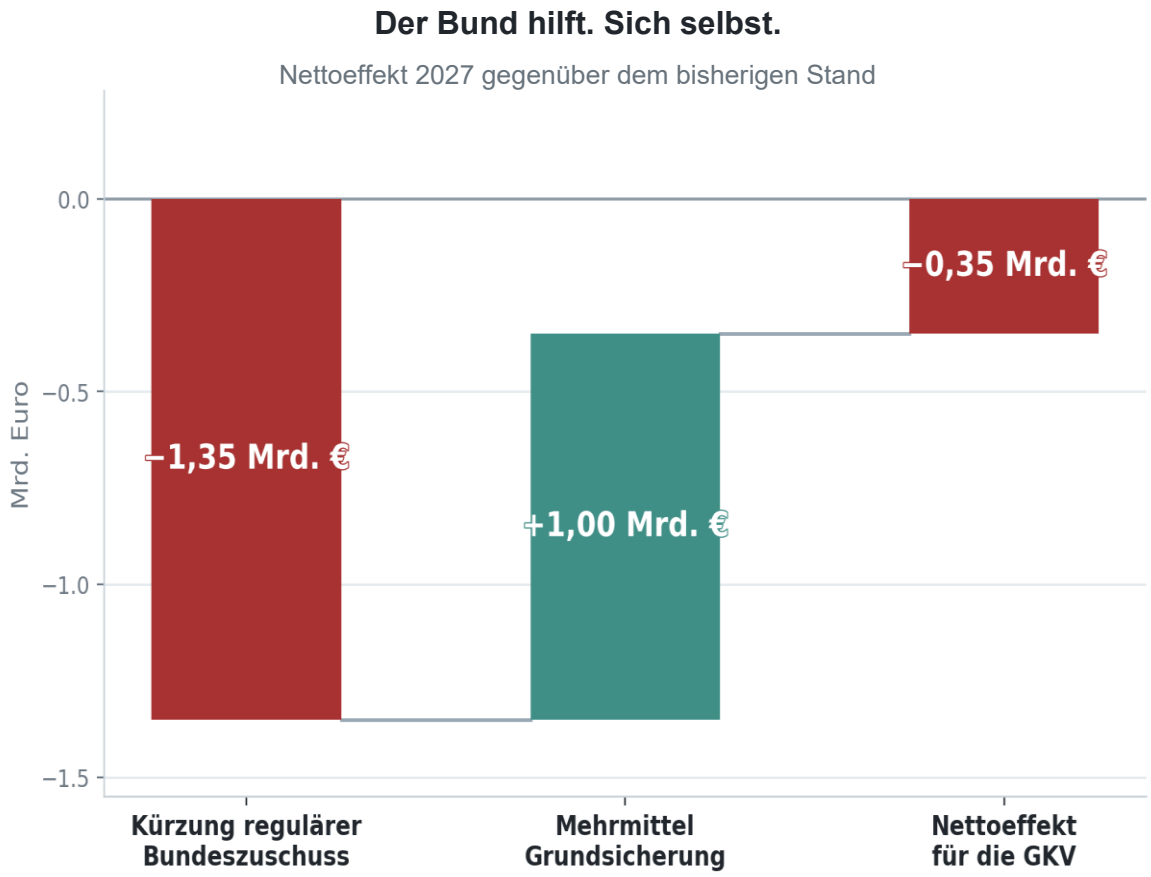
Diese 61 Euro verschwinden nicht einfach. Sie tauchen an anderer Stelle wieder auf: im Zusatzbeitrag der Beschäftigten, im Arbeitgeberanteil, im Beitrag der Rentner – und letztlich in den immer wiederkehrenden Debatten über Leistungskürzungen. Der Finanzminister bleibt von Nachforderungen verschont, die Krankenkassen dürfen die Behandlung nicht verweigern, und die Versicherten müssen die Lücke schließen.

Das ist kein Versehen, sondern ein politischer Etikettenschwindel. Die medizinische Existenzsicherung bedürftiger Menschen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die aus Steuermitteln finanziert werden müsste. Doch der Staat hat diese Verantwortung auf die gesetzlich Versicherten und ihre Arbeitgeber abgewälzt. Privatversicherte, Beamte und Einkommen außerhalb der GKV-Beitragsbasis bleiben weitgehend unberührt. Aus allgemeiner Sozialpolitik wird so eine versteckte Sonderabgabe, die im Bundeshaushalt nicht einmal auftaucht.

Wie willkürlich diese Konstruktion ist, zeigt der Vergleich innerhalb des Sozialstaats: Sozialhilfebeziehende, die von den Krankenkassen nach § 264 SGB V betreut werden, erhalten eine vollständige Kostenerstattung durch die Kommunen. Privatversicherte Bürgergeldempfänger können 2026 bis zu 508,59 Euro monatlich als staatlichen Zuschuss erhalten. Für gesetzlich Versicherte hingegen liegt die Pauschale bei gerade einmal 144,04 Euro. Der Staat erkennt also reale Kosten an, wenn es um Sozialhilfe oder private Versicherte geht – bei der GKV hingegen diktiert er einen politisch festgelegten Abschlag. [21][22]

Besonders schwer wiegt, dass dieses Problem seit Jahren bekannt ist. Der Koalitionsvertrag von 2018 versprach die schrittweise Einführung kostendeckender Beiträge. Die Koalition von 2021 kündigte höhere steuerfinanzierte Zuschüsse an. Doch beide Versprechen wurden in den Haushaltsverhandlungen geopfert. Die Unterfinanzierung ist kein Rechenfehler – sie ist eine bewusste politische Entscheidung. [19][21]

Der reguläre Bundeszuschuss zur GKV, der eigentlich versicherungsfremde Leistungen abgelten soll, wird 2027 sogar noch gekürzt: von 14,5 Milliarden Euro auf 13,15 Milliarden Euro, ab 2028 auf 12,95 Milliarden Euro. Gleichzeitig steigen die Zahlungen für Bürgergeld- und Grundsicherungsempfänger 2027 um 1,0 Milliarden Euro. Unterm Strich bleibt gegenüber dem bisherigen Stand dennoch ein Minus von rund 350 Millionen Euro für die GKV. Die Begründung? Die „notwendige Haushaltskonsolidierung des Bundes“. Übersetzt heißt das: Der Staat spart – und die Versicherten zahlen. [2][4][5][9][21][22]



Im Jahr 2027 entlastet der Bund die GKV an einer Stelle und belastet sie an einer anderen stärker.

Quelle: Eigene Darstellung nach BMG, BT-Drs. 21/7016 und Haushaltsausschuss [2][4][5]

Der Bundesrechnungshof hält diese Kürzungen für „sachlich nicht nachvollziehbar“. Doch das ändert nichts an der eigentümlichen Arbeitsteilung, die sich der Staat geschaffen hat: Die Politik entscheidet, die Versicherten finanzieren. Die GKV wird zum Nebenhaushalt des Bundes, auf den sich Ausgaben bequem abwälzen lassen, ohne dass sie im Steuerbescheid sichtbar werden. [9]

Das ist keine Stabilisierung, wie die Regierung es nennt – das ist ein dreister Griff in die Taschen der gesetzlich Versicherten. Die GKV wird systematisch unterfinanziert, während der Staat sich aus der Verantwortung stiehlt. Die Zeche zahlen Arbeitnehmer, Rentner und Arbeitgeber – und am Ende auch die Patienten, die mit steigenden Zuzahlungen und Leistungskürzungen für die Sparpolitik des Bundes büßen.

Die Kassenkrise fiel nicht vom Himmel. Sie wurde politisch vorbereitet.

2024 verzeichneten die gesetzlichen Krankenkassen ein Defizit von rund 6,2 Milliarden Euro. Ihre Finanzreserven schrumpften auf 2,1 Milliarden Euro. Das entsprach gerade einmal 0,08 Monatsausgaben. Vorgeschrieben war ein Vielfaches davon. Ein Solidarsystem, das Milliarden bewegt, wurde damit auf eine Reserve gesetzt, die kaum noch den Namen verdient. [10]

Dieses Finanzloch war kein Betriebsunfall der Krankenkassen. Es war die Folge politischer Entscheidungen. Der Gesetzgeber hatte wiederholt auf die Rücklagen der Kassen und des Gesundheitsfonds zugegriffen, um Zusatzbeiträge kurzfristig zu dämpfen. So entstand der Eindruck von Stabilität. Tatsächlich wurde Beitragssatzruhe auf Pump gekauft – bezahlt mit den Reserven der Versicherten.

Als die Ausgaben stärker stiegen als erwartet, war die Überraschung groß und der Puffer verschwunden. Die Politik hatte die Stoßdämpfer ausgebaut und wunderte sich anschließend über den Aufprall.

Der größte Ausgabentreiber war 2025 der Krankenhausbereich. Die Kosten stiegen dort um 9,6 Prozent beziehungsweise 9,7 Milliarden Euro. Auch Arzneimittel (+3,2 Milliarden Euro) und ambulante ärztliche Behandlungen (+3,8 Milliarden Euro) legten deutlich zu. Wer diese Dynamik mit Verwaltungskosten erklärt, verwechselt die Portokasse mit dem Maschinenraum. [11]

Deshalb ist es grob verkürzt, die Krankenkassen als verschwenderische Unternehmen vorzuführen. Sie bestimmen weder den gesetzlichen Leistungskatalog noch die Krankenhausvergütung, weder Arzneimittelpreise noch Bundeszuschuss. Sie sind die Kassierer eines Systems, dessen Preisschilder andere beschriften. Wer ihnen die Rechnung vorhält, sollte zuerst fragen, wer die Leistungen versprochen, die Preise akzeptiert und die Reserven abgeschöpft hat.

Corona: Erst Ausnahmezustand, dann Gedächtnislücke

Während der Pandemie wurde der Gesundheitsfonds zur zentralen Finanzierungsdrehscheibe für Bürgertests, Impfungen, Impfzentren, Freihaltepauschalen, zusätzliche Intensivbetten, Pflegeprämien und weitere Hilfsmaßnahmen. Ein erheblicher Teil dieser Ausgaben wurde später aus Bundesmitteln refinanziert. Doch die entscheidende Grenze blieb politisch unscharf: Wo endete staatlicher Bevölkerungsschutz, wo begann beitragsfinanzierte Krankenversicherung? [12][13]

Besonders deutlich wurde das bei den Bürgertests. Bis 2022 flossen rund 9,2 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds an die Kassenärztlichen Vereinigungen. Das Abrechnungssystem stützte sich anfangs stark auf Angaben der Betreiber, während wirksame Kontrollen nur begrenzt möglich waren. Der Staat setzte ein Milliardenprogramm auf, aber die Prüfmechanik hinkte hinterher. [14]

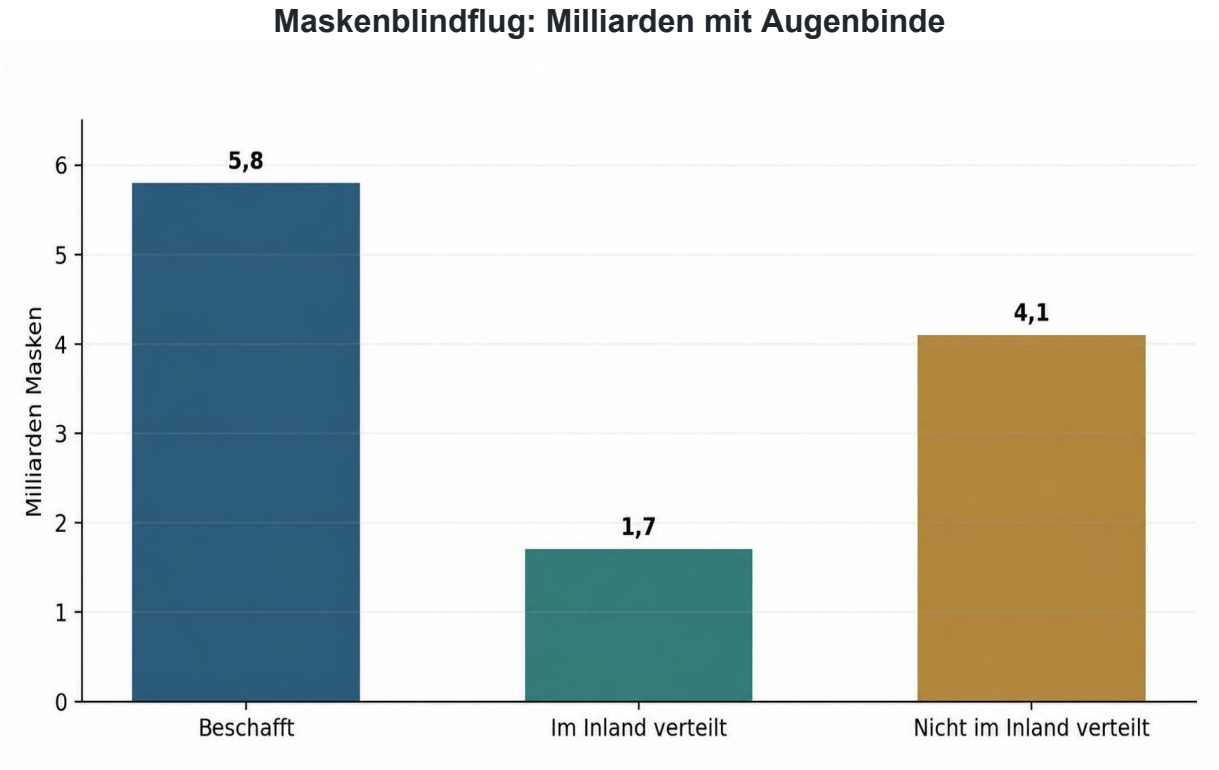
Natürlich musste die Regierung 2020 schnell handeln. Niemand sollte nachträglich so tun, als habe es in dieser Lage einfache Entscheidungen gegeben. Kritikwürdig ist nicht die schnelle Hilfe, sondern dass Geschwindigkeit zu oft Steuerung ersetzte. Risiken wurden breit verteilt, Zuständigkeiten verwischt, Kontrollen nachgereicht.

Die Folgen endeten nicht mit dem Auslaufen der Verordnungen. Aufgeschobene Operationen, versäumte Vorsorgeuntersuchungen, psychische Erkrankungen und Long Covid belasten das Gesundheitssystem bis heute. Eine ehrliche Reform müsste diese Nachwirkungen einpreisen, statt die heutige Ausgabenentwicklung so zu behandeln, als sei sie aus dem Nichts entstanden.

Wer den Gesundheitsfonds in der Krise als finanzielle Drehscheibe des Staates nutzte, kann ihn danach nicht behandeln, als sei allein die Versichertengemeinschaft für die Folgen verantwortlich. Der Ausnahmezustand ist vorbei. Die Rechnung nicht.

Maskenbeschaffung: Erst ohne Maß gekauft, dann mit Maßlosigkeit erklärt

Bis Ende 2024 beschaffte das Bundesgesundheitsministerium rund 5,8 Milliarden Masken für etwa 5,9 Milliarden Euro. Im Inland verteilt wurden lediglich 1,7 Milliarden. Mehr als die Hälfte der beschafften Menge wurde bereits vernichtet oder war zur Vernichtung vorgesehen. Hinzu kamen Hunderte Millionen Euro für Lagerung, Logistik, Beratung, Vernichtung und Rechtsstreitigkeiten. Der Bundesrechnungshof sprach von einer „massiven Überbeschaffung“. [15][16]



Der Markt diktierte den Preis. Die Politik vergaß das Maß.

Quelle: Bundesrechnungshof; Deutscher Bundestag [15][16]

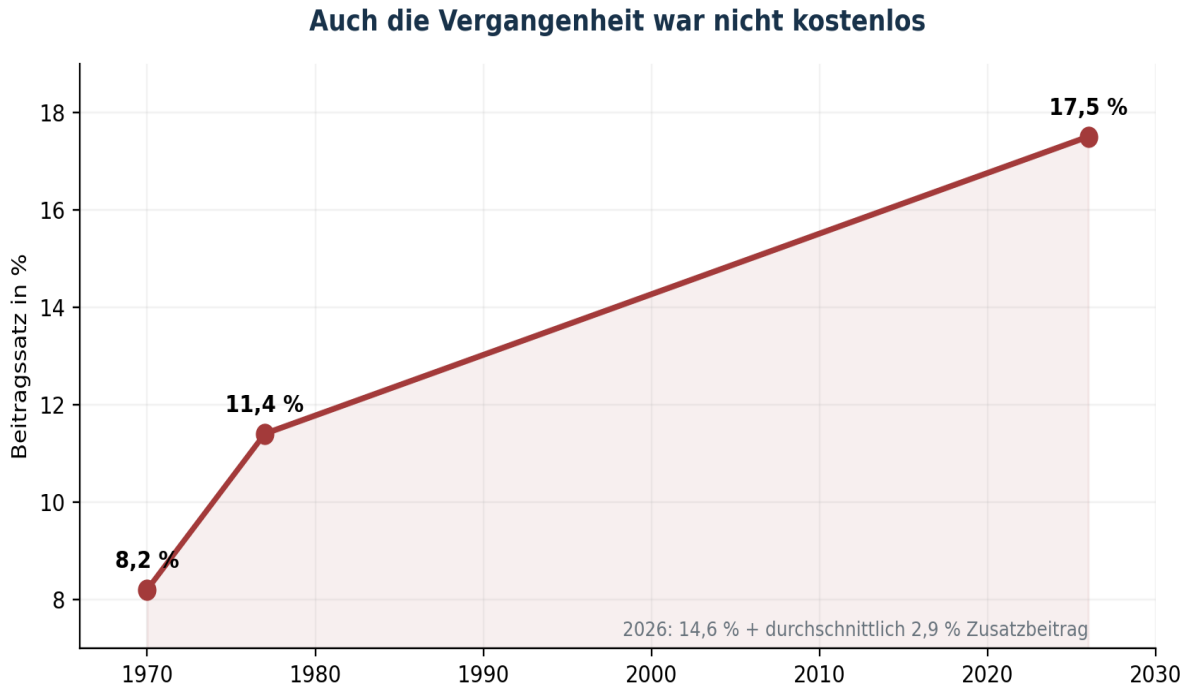
Der Kern des Problems war nicht, dass der Staat in der Krise handelte. Er musste handeln. Der Kern war, dass er kaufte, als gäbe es keinen Zähler. Im Open-House-Verfahren setzte die Regierung hohe Abnahmepreise, ohne die Gesamtmenge wirksam zu begrenzen. In der damaligen Mangellage waren starke Lieferanreize nachvollziehbar. Nicht nachvollziehbar war, dass Bedarf, Menge und Haftungsrisiken nicht gemeinsam beherrscht wurden. Zeitdruck erklärt Risiko. Er ersetzt aber keine Steuerung. [15][16]

Die Masken wurden überwiegend aus dem Bundeshaushalt finanziert. Sie gehören deshalb nicht in die Defizitrechnung der Krankenkassen. Politisch gehören sie dennoch mitten in diese Debatte. Denn dieselbe staatliche Ebene, die bei der Maskenbeschaffung Milliarden in Übermengen, Lagerkosten, Vernichtung und Rechtsstreitigkeiten versenkte, erklärt wenige Jahre später, Einschnitte bei Zahnersatz, Medikamenten und Versichertenleistungen seien leider unvermeidbar. [15][16]

Strafrechtliche und politische Verantwortung sind nicht dasselbe. Die Abwesenheit eines Straftatbestands ist kein Entlastungszeugnis für politisches Versagen. Man kann Milliarden versenken, ohne vor Gericht zu landen. Verantwortlich bleibt man trotzdem. Wer bei kleinen Leistungsbeziehern den Cent zum Charaktertest macht, bei staatlichen Fehlentscheidungen in Milliardenhöhe aber auf fehlende Strafbarkeit verweist, betreibt keine Haushaltsdisziplin. Er macht Sparsamkeit zur Zumutung für die Schwachen und Großzügigkeit zur Ausrede für die Mächtigen. Das ist kein Ausgabenproblem. Das ist der Verlust des Maßstabs – und die Verweigerung politischer Verantwortung.

Die siebziger Jahre waren nicht gesünder – sie waren medizinisch ärmer

1970 lag der durchschnittliche GKV-Beitragssatz in Westdeutschland bei 8,2 Prozent. Bereits 1977 waren es rund 11,4 Prozent. Auch die oft verklärte Vergangenheit kannte also Kostendruck. Die Bundesregierung reagierte damals mit dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz. Wer die siebziger Jahre heute als verlorenes Paradies der Beitragsstabilität beschwört, unterschlägt: Auch dieses System war schon damals kein Selbstläufer. [17]



Der Beitragssatz stieg bereits in den 1970er-Jahren deutlich;
2026 kommt zum allgemeinen Satz der durchschnittliche Zusatzbeitrag.

Quelle: Sozialpolitik aktuell; BMG [17][18]

Günstiger war es nicht, weil es gerechter, effizienter oder besser gesteuert gewesen wäre. Es war günstiger, weil die Bevölkerung jünger war und die Medizin weniger leisten konnte. Viele Verfahren, die heute Leben verlängern oder Lebensqualität erhalten, standen noch nicht in heutiger Breite zur Verfügung: Herzkatheter, Stents, moderne Intensivmedizin, Krebsimmuntherapien, Biologika oder Gentherapien. Manche Erkrankungen verursachten damals keine jahrelangen Behandlungskosten, weil die Betroffenen früher starben.

Das ist die unbequeme Wahrheit hinter einem Teil der damaligen Wirtschaftlichkeit: Billiger war nicht besser. Es war oft nur früher zu Ende. Niemand, der selbst vom medizinischen Fortschritt profitiert, kann ernsthaft in diese Zeit zurückwollen.

Gleichwohl darf der medizinische Fortschritt nicht als Generalentschuldigung für jede heutige Ausgabe dienen. Ein Teil der Kostenkrise ist politisch organisiert. Wenn Länder ihre Pflicht zur Finanzierung von Krankenhausgebäuden und Geräten vernachlässigen, müssen Kliniken Investitionen aus Behandlungserlösen querfinanzieren. Das erhöht den Druck auf Fallzahlen und schiebt Kosten in die gesetzliche Krankenversicherung. Auch hier gilt: Die GKV zahlt am Ende Rechnungen, die andere politisch verursacht haben. [31][32]

Doppelt untersucht, dreifach bezahlt

Nicht jede doppelte Untersuchung ist überflüssig. Befunde altern, Krankheitsbilder verändern sich, und medizinische Vorsicht kann geboten sein. Problematisch wird es dort, wo nicht der Patient eine neue Untersuchung braucht, sondern das System die alte Information verloren hat.

Der Hausarzt lässt Laborwerte bestimmen, der Facharzt erhält sie nicht rechtzeitig und wiederholt sie. Das Krankenhaus kann die mitgebrachte Bild-CD nicht öffnen und führt die Untersuchung erneut durch. Das ist kein medizinischer Bedarf, sondern eine Rechnung für organisatorisches Versagen.

Deutschland verfügt über ein hoch entwickeltes Gesundheitswesen, doch die Kommunikation zwischen den Akteuren wirkt oft wie aus einer anderen Epoche. Befunde werden per Fax angefordert, Entlassungsbriefe eingescannt, Informationen in Portalen gesucht, die nicht miteinander sprechen. Ein Faxgerät ist kein Versorgungskonzept. Und eine PDF-Sammlung ist noch keine digitale Medizin.

Eingriffe, die sich rechnen

Fallpauschalen und Investitionslücken können Krankenhäuser dazu verleiten, planbare und gut vergütete Eingriffe auszuweiten. Das ist kein pauschaler Vorwurf gegen Ärzte und keine Behauptung, jede Operation sei unnötig. Aber es ist ein Hinweis auf ein System, das Mengenanreize setzt.

Dass für bestimmte Eingriffe wie Wirbelsäulenoperationen, Knie- und Hüftprothesen, Herzkatheter, Herzschrittmacher sowie Gebärmutter- und Gallenblasenentfernungen gesetzliche Zweitmeinungsverfahren existieren, ist kein Zufall. Es zeigt, dass die Gefahr medizinisch nicht zwingender Mengenausweitung offiziell anerkannt ist. [23]

Ein System, das Eingriffe vergütet, das begründete Unterlassen aber kaum, sendet ein problematisches Signal. Zweitmeinungen sind sinnvoll. Doch sie greifen erst am Ende eines Prozesses, dessen Anreize vorher gesetzt wurden.

Notaufnahmen als letzte offene Tür

Die Notaufnahmen in Deutschland sind häufig überlastet. Menschen suchen sie nicht nur aus Bequemlichkeit auf, sondern weil sie keinen kurzfristigen Arzttermin bekommen, außerhalb der Praxiszeiten niemanden erreichen oder die Dringlichkeit ihrer Beschwerden nicht selbst einschätzen können. Die Notaufnahme wird so zur teuersten Antwort auf das Versagen der vorgelagerten Steuerung. [33]

Eine bessere Organisation der Hausarztversorgung, der Rufnummern 116117 und 112, des Rettungsdienstes und der Kliniken könnte Abhilfe schaffen. Diese Strukturen müssten nicht nur beraten, sondern auch konkrete Behandlungsplätze vermitteln. Neue Leitstellen und Dienste helfen jedoch wenig, wenn sie lediglich eine weitere Schicht auf bereits bestehende Parallelstrukturen legen. [31][33]

Bürokratie, die sich selbst beschäftigt

Das deutsche Gesundheitswesen ist von einer Vielzahl bürokratischer Prozesse geprägt: EBM, DRG, OPS, Pflegebudgets, Genehmigungen, Qualitätsnachweise, Wirtschaftlichkeitsprüfungen und voneinander getrennte Portale binden wertvolle Arbeitszeit. Viele dieser Kontrollen sind notwendig. Doch die doppelte und dreifache Erfassung derselben Informationen in verschiedenen Formaten ist ineffizient. [31]

Bürokratieabbau bedeutet nicht weniger Patientenschutz. Er bedeutet einmalige Datenerfassung, gemeinsame Standards und klare Zuständigkeiten. Derzeit dokumentiert Deutschland seinen Personalmangel mit einer Gründlichkeit, die selbst Personal verbraucht.

Wenn Grenzwerte Märkte schaffen

Neue Arzneimittel können Leben retten. Aber „Innovation“ darf kein Zauberwort sein, das jede Preisforderung immunisiert. Onkologika, Biologika, Orphan Drugs sowie Gen- und Zelltherapien erreichen Preise, die durch Herstellungskosten allein nicht erklärbar sind. Patentschutz, geringer Wettbewerb, medizinischer Zeitdruck und die Verhandlungsmacht der Hersteller spielen eine erhebliche Rolle. Das AMNOG-Verfahren begrenzt diese Macht, beseitigt sie aber nicht. [24][25]

Die Pandemie hat gezeigt, wie stark Preisbildung und Beschaffung unter Krisendruck von Unsicherheit, politischem Handlungszwang und Herstellerposition geprägt sein können. Wo schnelle Verfügbarkeit zum obersten Ziel wird, verschiebt sich die Verhandlungsmacht. Das mag in einer akuten Notlage erklärbar sein. Es darf aber nicht zur Blaupause für eine dauerhafte Preislogik werden.

Auch GLP-1-Präparate zur Gewichtsreduktion zeigen, wie schnell aus therapeutischem Fortschritt ein Massenmarkt wird. Sie können medizinisch sinnvoll sein, etwa bei Diabetes oder krankhafter Adipositas. Zugleich verschieben sie die Grenze zwischen Therapie, Prävention, Lifestyle und Dauermedikation. Genau dort beginnt die gesundheitspolitische Frage: Wer soll dauerhaft zahlen, wenn medizinischer Nutzen, gesellschaftlicher Schönheitsdruck und Geschäftsmodell ineinanderlaufen? [26]

Der Einfluss der Pharmaindustrie erfolgt selten plump, sondern über feinere Kanäle: Studienfinanzierung, Fortbildungen, Expertennetzwerke, Verbandsförderung und die Auswahl von Forschungsfragen, für deren Beantwortung besonders viel Geld bereitsteht. Das rechtfertigt keinen Generalverdacht. Aber es macht unabhängige Forschung, transparente Interessenkonflikte und eine robuste Nutzenbewertung unverzichtbar.

Ein Beispiel für die Verbindung von medizinischer Definition und Marktgröße ist die Absenkung des Nüchternblutzucker-Grenzwerts für Diabetes von 140 auf 126 mg/dl im Jahr 1997. Diese Änderung war medizinisch begründet, vergrößerte aber mit einem Federstrich die Zahl der Diagnosen, Kontrollen und potenziellen Arzneimittelbehandlungen. Ein direkter Einfluss der Pharmaindustrie ist nicht belegt. Der Vorgang zeigt dennoch, wie eng

medizinische Standards und wirtschaftliche Interessen miteinander verflochten sein können. [27][28]

Hinzu kommt: Auch Messwerte sind nicht völlig voraussetzungslos. Unterschiedliche Labormethoden, Referenzbereiche und Einheiten können beeinflussen, wie nah ein Patient an einer Diagnosegrenze liegt. Medizinische Grenzwerte sind notwendig. Aber sie sind machtvolle Schwellen. Wer sie verschiebt, verändert nicht nur Diagnosen, sondern auch Märkte.

Eine Diagnose bedeutet nicht automatisch eine Medikamentenpflicht. Bei leicht erhöhten Werten können Bewegung, Gewichtsreduktion, Ernährung und Verlaufskontrolle oft sinnvoller sein als eine sofortige medikamentöse Behandlung. Problematisch wird es, wenn Beratung knapp vergütet wird, während die Verordnung von Medikamenten reibungslos organisiert ist. Dann gewinnt nicht zwingend die bessere Medizin, sondern der Behandlungspfad mit der stärkeren Finanzierung.

Die elektronische Patientenakte: ein verlorenes Jahrzehnt

Die Akte kam spät – und zunächst leer.

Eine flächendeckende elektronische Patientenakte hätte die Finanzkrise der GKV nicht verhindert. Aber sie hätte Doppeluntersuchungen, Medikationsfehler, verspätete Entlassungsinformationen und einen Teil der Verwaltungsarbeit reduzieren können. Besonders ältere Menschen mit mehreren behandelnden Ärzten hätten von einer verlässlichen Übersicht über Diagnosen, Befunde und Medikation profitiert.

Deutschland führte die ePA 2021 zunächst als Opt-in-System ein. Versicherte mussten die Akte aktiv beantragen. Die Nutzung blieb gering, die Befüllung lückenhaft, viele Inhalte unstrukturiert. Erst 2025 wurde auf eine Widerspruchslösung umgestellt, bei der die Akte automatisch angelegt wird, sofern Versicherte nicht widersprechen. [29][30]

Das Problem war nicht nur der späte Start. Es war auch die schwache Ausrichtung auf den klinischen Nutzen. Deutschland litt nicht an fehlenden Ankündigungen, sondern an fehlender Umsetzung. Über Jahre wurde vor allem die technische Hülle der ePA diskutiert, während die entscheidende Frage zu oft offenblieb: Welche Informationen müssen in welcher Qualität vorliegen, damit Ärzte, Kliniken und Patienten tatsächlich etwas davon haben?

Ein eingescanntes PDF ist digitaler Speicher, aber noch keine nutzbare Information. Erst strukturierte Daten wie Laborwerte, Diagnosen, Medikationen, Allergien, Arztbriefe und Entlassungsinformationen ermöglichen Suche, Vergleich, Warnhinweise und echte Weiterbehandlung ohne Informationsverlust.

Digitalisierung spart zudem nur dann Kosten und Zeit, wenn sie alte Verfahren ersetzt. Wer ePA, Papierakte, Fax, CD und mehrere Portale gleichzeitig betreibt, modernisiert nicht die Versorgung. Er versieht das alte Durcheinander nur mit Passwortschutz.

Weltgewissen auf Beitragsrechnung

Viele Bürger betrachten Reformen nicht isoliert. Sie sehen internationale Hilfen, europäische Verpflichtungen, militärische Unterstützung, Migrationsausgaben und die Milliardenverluste früherer Fehlentscheidungen. Gleichzeitig hören sie, dass für Medikamente, Zahnersatz und die Finanzierung der GKV nicht ausreichend Geld vorhanden sei.

Der Satz ***„Geld für die ganze Welt, aber nicht für uns“*** ist keine seriöse Haushaltsanalyse. Aber er ist ein politisches Warnsignal. Entwicklungshilfe, humanitäre Unterstützung und Hilfe für angegriffene Staaten können moralisch geboten sein und deutschen Interessen dienen. Doch der Hinweis auf verschiedene Haushaltstitel löst das politische Problem nicht. Menschen erleben keine Einzelpläne. Sie erleben Prioritäten.

Es ist, als würde eine Familie die Geburtstagsfeier der Nachbarskinder bezahlen und den eigenen Kindern erklären, dass für ihre Feier kein Geld mehr übrig sei. Die eigenen Kinder müssen die Nachbarn deshalb nicht hassen. Aber sie werden fragen, welchen Stellenwert sie in der eigenen Familie besitzen – erst recht, wenn sie die Rechnung mittragen, aber nicht einmal eingeladen sind.

Viele Menschen verlangen nicht, dass jede Hilfe für andere verweigert wird. Sie verlangen, dass internationale Solidarität nicht mit einer sichtbaren Vernachlässigung der eigenen sozialen Sicherheit erkauft wird. Ein Staat darf anderen helfen. Er darf seinen Bürgern dabei jedoch nicht den Eindruck vermitteln, sie seien die variable Restgröße seiner Moral.

Ein Schritt nach rechts, ohne rechts zu sein

An diesem Punkt verschieben sich einige Bürger politisch nach rechts, ohne ein geschlossen rechtsextremes Weltbild zu besitzen. Nicht jeder sucht dort Ideologie. Viele suchen zunächst ein Stoppschild. Sie wollen einer Politik widersprechen, von der sie sich nicht mehr vertreten fühlen.

Das entschuldigt keine menschenfeindlichen oder antidemokratischen Positionen. Wer eine Partei wählt, trägt Verantwortung für ihr gesamtes Programm. Doch demokratische Parteien gewinnen enttäuschte Menschen nicht zurück, indem sie deren Motive ausschließlich moralisch bewerten. Sie müssen die Erfahrungen verändern, aus denen der Protest entsteht.

Wer nur vor dem Rechtsruck warnt, ohne dessen soziale Ursachen zu bearbeiten, verwechselt Alarm mit Politik. Er bekämpft das Symptom und nährt die Ursache. Eine Demokratie, die Bürger zuerst belehrt und erst danach zuhört, darf sich nicht wundern, wenn andere aus Enttäuschung Ressentiment machen.

Reform statt Rechnungstrick

Eine Reform, die ihren Namen verdient, müsste zuerst die Rechnung ehrlich sortieren. Welche Aufgaben hat der Staat der GKV übertragen? Warum werden sie nicht vollständig aus Steuermitteln finanziert? Beiträge für Grundsicherungsempfänger müssten kostendeckend gestaltet werden. Und der Bundeszuschuss dürfte nicht länger als Manövriermasse zur Sanierung des allgemeinen Haushalts behandelt werden. [9][19][21][22]

Danach müsste der Staat seine eigenen Versäumnisse beheben. Dazu gehören eine verlässliche Finanzierung der Krankenhausinvestitionen, die Aufarbeitung milliardenschwerer Beschaffungsfehler und eine digitale Infrastruktur, die medizinische Informationen nicht nur speichert, sondern tatsächlich nutzbar macht. [15][16][29][30][31]

Eine echte Reform müsste außerdem Versorgung steuern, statt Patienten zwischen Zuständigkeiten hin- und herzuschieben. Die starren Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Behandlung gehören auf den Prüfstand. Vergleichbare Leistungen sollten unabhängig vom Ort ihrer Erbringung nach denselben Qualitäts- und Vergütungsstandards bewertet werden. Hausärztliche Koordination, Bereitschaftsdienst, Rettungsdienst und Notaufnahmen müssen ineinandergreifen, statt nebeneinanderher zu arbeiten. [31][33]

Schließlich müssten Preise, Mengen und Anreize neu geordnet werden. Arzneimittelpreise sollten konsequenter an ihrem nachgewiesenen Zusatznutzen ausgerichtet und Interessenkonflikte transparent gemacht werden. Bei mengenanfälligen Eingriffen gehören unabhängige Zweitmeinungen ausgebaut. Und ein Vergütungssystem, das das Handeln systematisch besser belohnt als das medizinisch begründete Unterlassen, muss korrigiert werden. [23][24][25][31]

Erst dann kann glaubwürdig über Eigenverantwortung und unvermeidbare Einschnitte gesprochen werden. Ein Staat, der Disziplin von seinen Bürgern verlangt, muss zuvor beweisen, dass er sie selbst beherrscht.

Wenn Stabilisierung Vertrauen kostet

Die Gesundheitsreform 2026 verkauft eine reale Finanzkrise als Verwaltungsproblem der Versicherten. Sie belastet Patienten, Familien, Beitragszahler und Leistungserbringer, während der Bund seine eigene Finanzierung reduziert. Sie deckelt Ausgaben, ohne den medizinischen Bedarf zu begrenzen. Sie spricht von Effizienz, lässt aber zentrale Fehlanreize, Sektorengrenzen und Zuständigkeitsprobleme unangetastet. [1][2][4][5][9][31]

Die größte Schwäche des Gesetzes liegt nicht in einer einzelnen Zuzahlung. Sie liegt in seiner Prioritätensetzung. Der Staat fordert zuerst von den Bürgern, bevor er bei sich selbst ansetzt. [2][4][5][9]

Das beschädigt nicht nur die Finanzierung der GKV, sondern auch das Vertrauen in den Sozialstaat. Ein Sozialstaat, der seine Versprechen nur dann einhält, wenn sie günstig sind, verliert an Glaubwürdigkeit. Beiträge bleiben verbindlich, Leistungen wirken zunehmend verhandelbar. Wer diesen Eindruck vermittelt, darf sich über politischen Zorn nicht wundern.

Diese Glaubwürdigkeitskrise hat eine Vorgeschichte. Sie beginnt nicht erst mit dieser Reform. Sie zeigt sich in einer Maskenbeschaffung, bei der Milliarden ausgegeben wurden und große Mengen später vernichtet oder nie sinnvoll genutzt wurden. Sie zeigt sich bei Corona-Testabrechnungen, deren Kontrolle der Bundesrechnungshof beanstandete. Und sie zeigt sich bei versicherungsfremden Leistungen, die politisch beschlossen, aber nicht vollständig aus Steuermitteln bezahlt werden. [14][15][16][19][20][21][22]

Der Bund behandelt die GKV seit Jahren wie eine Ausweichkasse für gesamtstaatliche Aufgaben. Besonders sichtbar wird das bei den Gesundheitskosten für

Grundsicherungsempfänger. Der Staat bestellt soziale Absicherung, bezahlt sie aber nur teilweise und lässt den Rest über Beiträge finanzieren. Das ist keine Solidarität. Das ist eine verdeckte Steuer auf Arbeitseinkommen. [19][20][21][22]

Auch politische Maßstäbe selbst geraten ins Rutschen. Der Fall Jens Spahn ist dafür kein Finanzposten, aber ein Symbol. Wer Leihmutterschaft früher mit deutlicher ethischer Distanz als „gemieteten Mutterbauch“ beschrieb und politisch an Verboten festhielt, muss erklären, warum der Weg über die USA im eigenen Fall anders zu bewerten sein soll. In Deutschland sind Ersatzmuttervermittlung und bestimmte reproduktionsmedizinische Verfahren rechtlich untersagt beziehungsweise eng begrenzt. [34][35][36][37][38]

Nicht die Elternschaft ist das Problem. Das Problem ist der Eindruck, dass Regeln, Vorbehalte und Zumutungen vor allem für andere gelten. Genau dieser Eindruck ist für die Gesundheitspolitik gefährlich. Denn die Versicherten erleben nicht nur steigende Beiträge. Sie erleben, dass Verantwortung verschoben, Kosten ausgelagert und politische Fehler selten ehrlich bilanziert werden.

Wer heute neue Belastungen mit Stabilität begründet, muss glaubwürdiger sein als die Reform, die er vorlegt. Die Reform mag eine Kennzahl stabilisieren. Das Vertrauen stabilisiert sie nicht. Sie behandelt Symptome, schont den Bundeshaushalt und überlässt die Nebenwirkungen den Versicherten. Solidarität wird beschworen, aber nicht eingelöst. Genau darin liegt ihr politischer Kern: Die GKV braucht keine weitere Placebo-Reform. Sie braucht Ehrlichkeit, Ordnung und eine Finanzierung, die ihren Namen verdient.

Begriffe kurz erklärt

AMNOG-Verfahren
Verfahren zur Bewertung des Zusatznutzens neuer Arzneimittel. Es soll verhindern, dass Hersteller jeden Preis allein mit dem Wort „Innovation“ rechtfertigen. Das Verfahren begrenzt Marktmacht, beseitigt sie aber nicht vollständig.

Beitragssatzstabilisierung
Der politische Versuch, steigende Beiträge zu begrenzen. Das klingt nach Ordnung. Problematisch wird es, wenn Stabilisierung nicht durch Strukturreformen entsteht, sondern durch Griff in Reserven, Kürzungen, höhere Eigenanteile oder verschobene Rechnungen.

Bundeszuschuss
Geld aus dem Bundeshaushalt an die GKV. Er soll unter anderem Aufgaben mitfinanzieren, die nicht allein Sache der Beitragszahler sind. Wird dieser Zuschuss gekürzt, während die GKV zugleich mehr Aufgaben tragen soll, entsteht keine Reform. Es entsteht eine Lastenverschiebung.

Elektronische Patientenakte (ePA)
Digitale Akte für medizinische Informationen. Sie könnte Doppeluntersuchungen, Medikationsfehler und Informationsverluste reduzieren. Entscheidend ist aber nicht, dass etwas digital abgelegt wird, sondern dass die Daten strukturiert, auffindbar und im Behandlungsalltag nutzbar sind.

Fallpauschalen (DRG)
Vergütungssystem für Krankenhäuser. Kliniken erhalten für bestimmte Behandlungsfälle pauschale Beträge. Das kann Effizienz fördern, aber auch Mengenanreize setzen: Was gut vergütet wird, kann häufiger angeboten werden.

Gesamtgesellschaftliche Aufgaben
Aufgaben, die der ganzen Gesellschaft dienen und deshalb eigentlich aus Steuern finanziert werden sollten. Werden sie über Beiträge bezahlt, zahlen vor allem Versicherte und Arbeitgeber. Das ist politisch bequem, aber sozial nicht zwingend gerecht.

Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

Die solidarisch finanzierte Krankenversicherung für rund 75 Millionen Menschen. Arbeitnehmer, Arbeitgeber, Rentner und andere Beitragszahler finanzieren gemeinsam die Versorgung. Die GKV ist aber nicht frei in ihren Entscheidungen: Leistungskatalog, Vergütungsregeln und viele Ausgaben werden politisch festgelegt.

Gesundheitsfonds

Die zentrale Sammelstelle der GKV-Beiträge. Von dort wird Geld an die Krankenkassen verteilt. In der Krise wurde der Gesundheitsfonds immer wieder als finanzielle Drehscheibe genutzt. Das klingt technisch, ist aber politisch brisant: Wer den Fonds belastet, belastet am Ende die Beitragszahler.

GLP-1-Präparate

Arzneimittel, die ursprünglich vor allem zur Behandlung von Diabetes entwickelt wurden und inzwischen auch bei Adipositas eingesetzt werden. Sie können medizinisch sehr sinnvoll sein, eröffnen aber zugleich einen enormen Massenmarkt zwischen Therapie, Prävention und Lifestyle. Genau hier stellt sich die gesundheitspolitische Frage: Wann bezahlt die Solidargemeinschaft notwendige Behandlung – und wann finanziert sie einen dauerhaft profitablen Medikationsmarkt?

Grundsicherungspauschale

Der Betrag, den der Bund für gesetzlich versicherte Bürgergeld- beziehungsweise Grundsicherungsempfänger an die GKV zahlt. Wenn diese Pauschale die tatsächlichen Kosten nicht deckt, zahlt die Solidargemeinschaft den Rest. Dann finanziert die GKV faktisch eine staatliche Sozialaufgabe mit.

Krankenhausinvestitionen

Gebäude, Geräte und große Investitionen in Kliniken sollen grundsätzlich von den Ländern finanziert werden. Wenn Länder hier zu wenig zahlen, müssen Krankenhäuser Investitionen aus Behandlungserlösen mitfinanzieren. Am Ende landet ein Teil der Rechnung bei der GKV.

Liquiditätsreserve

Der finanzielle Puffer des Gesundheitsfonds. Er soll helfen, kurzfristige Schwankungen auszugleichen. Wird dieser Puffer politisch verbraucht, wirkt das System eine Zeit lang stabiler, als es tatsächlich ist. Die Krise verschwindet nicht. Sie wartet nur mit leerer Reserve.

Orphan Drugs
Medikamente gegen seltene Erkrankungen. Sie können medizinisch hoch bedeutsam sein, erzielen aber oft sehr hohe Preise. Gerade hier ist die Balance schwierig: Innovation ermöglichen, ohne Solidarität zur Blankovollmacht für jede Preisforderung zu machen.

Sektorengrenzen
Die Trennung zwischen ambulanter Versorgung, stationärer Behandlung, Notaufnahme, Rettungsdienst und Rehabilitation. Diese Grenzen sind historisch gewachsen, aber oft patientenunfreundlich. Der Patient erlebt Krankheit als Zusammenhang, das System behandelt sie häufig als Zuständigkeitsfrage.

Zusatzbeitrag
Ein zusätzlicher Beitragssatz, den Krankenkassen erheben, wenn die allgemeinen Einnahmen nicht reichen. Offiziell ist er ein Finanzierungsinstrument. Für Versicherte ist er die sichtbare Rechnung politischer Unterdeckung.

Zuzahlung und Eigenanteil
Beträge, die Versicherte zusätzlich zur Beitragszahlung leisten müssen, etwa bei Medikamenten, Heilmitteln oder Zahnersatz. Sie werden oft als Steuerungsinstrument verkauft. Für viele Bürger fühlen sie sich wie eine zweite Rechnung für ein System an, das sie bereits finanzieren.

Zweitmeinungsverfahren
Patienten können vor bestimmten planbaren Eingriffen eine zweite ärztliche Einschätzung einholen. Das ist sinnvoll, zeigt aber zugleich: Der Gesetzgeber weiß, dass es Eingriffe gibt, bei denen medizinische Notwendigkeit und wirtschaftliche Anreize nicht immer sauber getrennt sind.

Quellen und Nachweise

Alle Internetquellen zuletzt geprüft am 16. Juli 2026.

[1] Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung im 1. Quartal 2026, Pressemitteilung vom 19.06.2026. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/finanzentwicklung-der-gkv-im-1-quartal-2026-pm-19-06-2026-1

[2] Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Bundestag beschließt GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz, Pressemitteilung vom 10.07.2026. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/bundestag-beschliesst-gkv-beitragssatzstabilisierunggesetz-pm-10-07-2026

[3] Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung, Verfahrensstand 2026. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/gkv-beitragssatzstabilisierungsgesetz

[4] Deutscher Bundestag: Drucksache 21/7016, Beschlussempfehlung und Bericht zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz, 08.07.2026. https://dserver.bundestag.de/btd/21/070/2107016.pdf

[5] Deutscher Bundestag: Drucksache 21/7023, Bericht des Haushaltsausschusses gemäß § 96 GO-BT zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz, 08.07.2026. https://dserver.bundestag.de/btd/21/070/2107023.pdf

[6] Deutscher Bundestag: Nach hitziger Debatte: Bundestag verabschiedet GKV-Finanzreform, Textarchiv vom 10.07.2026. https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2026/kw28-de-gkv-1184352

[7] Tagesschau: Was sich mit dem Sparpaket für Versicherte ändert, 10.07.2026. https://www.tagesschau.de/inland/innenpolitik/gesundheitsreform-sparpaket-aenderungen-100.html

[8] Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Fragen und Antworten zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/guv-21-lp/gkv-beitragssatzstabilisierungsgesetz-faq

[9] Bundesrechnungshof / Bundesbeauftragter für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung: Stellungnahme zum Regierungsentwurf eines GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes, 2026. https://www.bundesrechnungshof.de/SharedDocs/Downloads/DE/Berichte/BWV-Veroeffentlichung/beitragsstabilisierungsgesetz-volltext.pdf?__blob=publicationFile&v=3

[10] Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Vorläufige Finanzergebnisse der gesetzlichen Krankenversicherung für das Jahr 2024, Pressemitteilung vom 07.03.2025. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/vorlaeufige-finanzergebnisse-der-gkv-fuer-das-jahr-2024-pm-07-03-2025

[11] Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Finanzentwicklung der GKV im Jahr 2025, Pressemitteilung vom 10.03.2026. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/finanzentwicklung-gkv-2025

[12] Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS): Zahlungen aufgrund der COVID-19-Pandemie, Überblick. https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/covid-19-krankenhausentlastungsgesetz/ueberblick/

[13] Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS): Zahlungen des BAS aufgrund der COVID-19-Pandemie, Auszahlungsbeträge. https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/covid-19-krankenhausentlastungsgesetz/auszahlungsbetraege/

[14] Bundesrechnungshof: Abrechnung von Corona-Testungen bleibt unzureichend kontrolliert, 2024. https://www.bundesrechnungshof.de/SharedDocs/Kurzmeldungen/DE/2024/corona-testungen.html

[15] Bundesrechnungshof: Schutzmasken: weit über Bedarf beschafft, kaum Nutzen, 2024. https://www.bundesrechnungshof.de/SharedDocs/Kurzmeldungen/DE/2024/maskenbeschaffung.html

[16] Bundesrechnungshof: Bericht zur Schutzmaskenbeschaffung durch das Bundesministerium für Gesundheit, 2024. https://www.bundesrechnungshof.de/SharedDocs/Downloads/DE/Berichte/2024/maskenbeschaffung-volltext.pdf?__blob=publicationFile&v=2

[17] Sozialpolitik aktuell: Beitragssätze in den Zweigen der Sozialversicherung 1970 bis 2026, Tabelle II.6. https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Finanzierung/Datensammlung/PDF-Dateien/tabII6.pdf

[18] Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Beiträge und Beitragsbemessungsgrenzen in der gesetzlichen Krankenversicherung 2026. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/beitraege

[19] GKV-Spitzenverband: IGES-Gutachten zeigt: Gesundheitsausgaben für Bürgergeldbeziehende nur zu gut einem Drittel gedeckt, Pressemitteilung vom 24.05.2024. https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_1826816.jsp

[20] IGES Institut: ALG-II-/Bürgergeld-Bezieher: Gesundheitsausgaben um neun Milliarden Euro höher als Beitragszahlungen, 2024. https://www.iges.com/ergebnisse/projekte/2024/arbeitslosengeld-ii/index_ger.html

[21] GKV-Spitzenverband: Klage gegen die Bundesrepublik Deutschland wegen Unterfinanzierung des Versicherungsschutzes von Bürgergeldbeziehenden, 2026. https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/fokus/klage_buergergeld.jsp

[22] GKV-Spitzenverband: Hintergrundpapier zum Klageverfahren Bürgergeld, 10.06.2026. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressekonferenzen_gespraeche/2026_3/20260610_pk_buergergeld/06_20260610_PK_Hintergrundpapier_Klageverfahren_FINAL.pdf

[23] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Zweitmeinung bei planbaren Eingriffen. https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/vorgaben-zur-qualitaetssicherung/zweitmeinung/

[24] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Nutzenbewertung von Arzneimitteln gemäß § 35a SGB V. https://www.g-ba.de/themen/arzneimittel/arzneimittel-richtlinie-anlagen/nutzenbewertung-35a/

[25] GKV-Spitzenverband: AMNOG-Verhandlungen und Erstattungsbeträge. https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/fokus/amnog_verhandlungen/s_thema_amnog_verhandlungen.jsp

[26] European Medicines Agency (EMA): EU actions to tackle shortages of GLP-1 receptor agonists. https://www.ema.europa.eu/en/news/eu-actions-tackle-shortages-glp-1-receptor-agonists

[27] American Diabetes Association (ADA): Diabetes Diagnosis & Tests. https://diabetes.org/about-diabetes/diagnosis

[28] Puavilai, G. et al.: Diagnostic criteria for diabetes mellitus and other categories of glucose intolerance, Diabetes Research and Clinical Practice 1999; Darstellung der 1997 eingeführten ADA-Kriterien. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S016882279900008X

[29] Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Digital-Gesetz (DigiG), elektronische Patientenakte und Opt-out-Regelung. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/gesetze-und-verordnungen/guv-20-lp/digig

[30] Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Die ePA für alle. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/digitalisierung/elektronische-patientenakte/epa-fuer-alle

[31] FinanzKommission Gesundheit: Erster Bericht, 30.03.2026. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/F/FinanzKommission_Gesundheit/FinanzKommissionGesundheit_Erster_Bericht_20260330.pdf

[32] Bundesministerium für Gesundheit (BMG): FinanzKommission Gesundheit legt ersten Bericht vor, 30.03.2026. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/finanzkommission-gesundheit-ergebnisse-30-03-26

[33] Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi): Plattform 116117-112. https://www.zi.de/themen/medizin/akut-und-notfallversorgung/projekte/plattform-116117-112-1

[34] Gesetze im Internet: Adoptionsvermittlungsgesetz (AdVermiG), § 13c – Verbot der Ersatzmuttervermittlung. https://www.gesetze-im-internet.de/advermig_1976/__13c.html

[35] Gesetze im Internet: Embryonenschutzgesetz (ESchG), § 1. https://www.gesetze-im-internet.de/eschg/__1.html

[36] GQ Germany: „Respektiert meine Zurückhaltung!“, Beitrag zur Leihmutterschaft mit Jens Spahn, 18.03.2015. https://www.gq-magazin.de/leben-als-mann/features/pro-contra-leihmutterschaft-respektiert-meine-zurueckhaltung

[37] Tagesschau: „Spahn als Vater – Diskussion über Leihmutterschaft“, 16.07.2026. https://www.tagesschau.de/inland/innenpolitik/leihmutterschaft-spahn-cdu-100.html

[38] RedaktionsNetzwerk Deutschland: „Spahns Babyglück und ein Glaubwürdigkeitsproblem“, 16.07.2026. https://www.rnd.de/politik/spahns-babyglueck-und-ein-glaubwuerdigkeitsproblem-diskussion-um-leihmutterschaft-YR46EOMXDNH3RNFFCJ7B4BTM2M.html

GESUNDHEITSREFORM 2026

Der Bund spart.
Die Versicherten haften.

Wie die Reform die GKV schwächt:

Sie schont den Bundeshaushalt.
Sie verschiebt Kosten in Beiträge,
Zuzahlungen und Wartezeiten.
Und sie nennt diesen Befund Stabilisierung.

Therapie für den Staat.
Nebenwirkungen für die Versicherten.



Diese Reform stabilisiert nicht, sie täuscht.

Sie senkt den Puls, bis der Herzstillstand der GKV als Stabilität verkauft wird.