

Gesetzliche Krankenversicherung zukunftsicher ausgestalten

Vorschläge des Verbraucherzentrale Bundesverbands (vzbv) für eine
effiziente Versorgung und stabile Beiträge

27. März 2026

Inhalt

I. Verbraucherrelevanz	3
II. Zusammenfassung.....	4
III. Gesundheitsergebnisse verbessern und weitere Belastung der Verbraucher:innen abwenden.....	5
IV. Dynamik der Hauptausgabentreiber stoppen	6
V. Zielgenauigkeit erhöhen und Versicherte und Beitragszahler vor unnötigen und unwirksamen Leistungen schützen.....	8
VI. Fehlentwicklungen im Krankenkassenwettbewerb stoppen	10
VII. Gesunde Lebensbedingungen schaffen	11
VIII. Ausgaben der Krankenkassen für Prävention neu ausrichten.....	14
IX. Krankenversicherung fair finanzieren	15
Impressum	18

I. Verbraucherrelevanz

Die gesetzlich Versicherten müssen immer höhere Beiträge zur Krankenversicherung schultern. Von 2015 bis 2025 sind die Beitragssätze von 15,4 auf durchschnittlich 17,5 Prozent der beitragspflichtigen Einkommen gestiegen. Historisch hoch war der Anstieg im Jahr 2025 mit gut 1,1 Prozentpunkten.¹ Zum Jahreswechsel 2026 mussten 42 der 93 Krankenkassen ihren Zusatzbeitragssatz (erneut) anheben.² Für 2027 wird ein Defizit in zweistelliger Milliardenhöhe prognostiziert. Ohne wirksame politische Gegenmaßnahmen stehen also weitere erhebliche Beitragssteigerungen bevor.³ Die Verbraucher:innen sind durch die Beitragssteigerungen bereits jetzt finanziell stark belastet, weil auch viele weitere Lebenshaltungskosten gestiegen sind, etwa für Wohnung, Heizung, Strom und Lebensmittel. Gleichzeitig erhalten die Versicherten bei gesundheitlichen Problemen häufig keine zeitnahen Untersuchungs- und Behandlungstermine. Gesetzlich Versicherte mussten im Jahr 2024 im Schnitt 36 Tage auf Facharzttermine warten, im Vergleich zu 2019 ist die Wartezeit um neun Tage angewachsen.⁴ Bei den Menschen entsteht so der Eindruck, dass sie für immer höhere Beiträge und Eigenleistungen immer weniger oder schlechtere Leistungen erhalten. Gelingt den politischen Entscheidungsträgern keine Trendwende, sprich die Mehrbelastungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu begrenzen und die Lasten fair zu verteilen, verlieren die GKV und ihr Solidarprinzip als konstitutives Element an Akzeptanz. Das würde auch den demokratisch legitimierten Strukturen großen Schaden zufügen. Der Bedarf an einer nachhaltigen Reform ist also groß und er ist dringend.

¹ <https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/Politikfelder/Finanzierung/Datensammlung/PDF-Dateien/abb118.pdf>, https://www.vdek.com/presse/daten/c_einnahmen-ausgaben.html (letzter Zugriff jeweils 25.03.2026) und eigene Berechnungen

² https://www.t-online.de/nachrichten/deutschland/id_101064318/42-krankenkassen-erhoehen-beitraege-millionen-zahlen-mehr.html (letzter Zugriff 25.03.2026)

³ vgl. Ochmann R, Albrecht M, Sonnenberger D (2026). Beitragsentwicklung in der Sozialversicherung. <https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/155742/data/002d8815de28a54c67bcc44e485ee16f/beitragsentwicklung-kurzbericht.pdf> sowie Bundesrechnungshof (2025). Entwicklung der Finanzlage in der gesetzlichen Krankenversicherung. https://www.bundesrechnungshof.de/SharedDocs/Downloads/DE/Berichte/2025/finanzlage-gkv-volltext.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (letzter Zugriff 23.03.2026)

⁴ Deutscher Bundestag (2026). Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage 21/3432. Umsetzung der Ziele des Terminservice- und Versorgungsgesetzes und die Arbeit des Patientenservice 116117. Drucksache 213858, 28.01.2026. <https://dserver.bundestag.de/btd/21/038/2103858.pdf> (letzter Zugriff 23.03.2026)

II. Zusammenfassung

Die gesetzliche Krankenversicherung steht unter großem Druck, weil ihr die Leistungsausgaben davonlaufen während gleichzeitig die Belastung der Beitragszahler:innen und der Patient:innen an eine Verträglichkeitsgrenze gestoßen ist. Die Bundesregierung hat Reformen zur Stabilisierung der Beiträge angekündigt, eine Reformkommission soll Ende März 2026 erste Vorschläge vorstellen. Der vzbv ist bereit, konstruktiv an der Weiterentwicklung und Stabilisierung des Systems mitzuwirken. Eine zielgerichtete und nachhaltig wirkende Reform muss den Dreiklang aus hohen Gesundheitsausgaben, einer hohen Krankheitslast und insgesamt nur mäßigen Versorgungsergebnissen entschlossen angehen. Das wird nur mit einem grundlegenden Strategiewechsel gelingen. Statt wie bisher fast alle Ressourcen in die Behandlung von Krankheiten zu legen, muss künftig erheblich mehr für die Stärkung und den Erhalt der Gesundheit der Bevölkerung getan werden und das muss mit einer politikfeldübergreifenden Gesamtstrategie einhergehen. Im Einzelnen schlägt der vzbv vor,

- Versorgungsstrukturen und -prozesse so umzugestalten, dass die Gesundheitsergebnisse deutlich besser werden,
- auch mit kurzfristigen Kostendämpfungsmaßnahmen bei den Hauptausgabentreibern zusätzliche Belastungen der Verbraucher:innen und der Wirtschaft abzuwenden,
- von fortschrittsfeindlichen Förderprogrammen mit der Gießkanne Abstand zu nehmen,
- die Zielgenauigkeit der gesundheitlichen Versorgung zu erhöhen und Versicherte und Beitragszahler vor unnötigen und unwirksamen Leistungen zu schützen,
- Fehlentwicklungen im Krankenkassenwettbewerb und Marketingmaßnahmen ohne gesundheitlichen Nutzen zu stoppen,
- gesunde Lebensbedingungen zu schaffen, dazu eine gesundheitsförderliche Gesamtstrategie zu entwickeln und diese konsequent politikfeld-, sektoren- und ebenenübergreifend umzusetzen,
- gesundheitsförderliche (Konsum-)Entscheidungen der Menschen durch intelligente Preis- und Handlungsanreize zu erleichtern und die Verbraucher:innen durch notwendige ordnungspolitische Steuerungsmaßnahmen vor riskanten Produkten und Dienstleistungen zu schützen,
- die Ausgaben der Krankenkassen für Prävention zu bündeln, sie stark auf Maßnahmen in den Lebenswelten der Menschen auszurichten und deutlich anzuheben und
- die Finanzierungslasten der gesetzlichen Krankenversicherung fairer zu verteilen, zu dem Zweck die Beitragsbemessung anzupassen und versicherungsfremde Leistungen der GKV angemessener aus dem Bundeshaushalt zu tragen.

III. Gesundheitsergebnisse verbessern und weitere Belastung der Verbraucher:innen abwenden

Die für Verbraucher:innen wie für die Wirtschaft bedenkliche Beitragsentwicklung der letzten Jahre ist eine Folge insbesondere der hohen Ausgabendynamik. Mit dieser können die Einnahmen der GKV seit vielen Jahren nicht mehr mithalten. Die GKV-Ausgaben stiegen innerhalb der letzten sechs Jahre um 100 Milliarden Euro auf inzwischen deutlich über 350 Milliarden Euro. Für 2026 prognostiziert der GKV-Schätzerkreis einen erneut starken Anstieg der Ausgaben auf dann knapp 370 Milliarden Euro.⁵ Die Gesamtausgaben für Gesundheit waren in Deutschland im Jahr 2023 mit 5.423 Euro pro Kopf in der Europäischen Union die höchsten. Der Anteil am Bruttoinlandsprodukt lag mit 11,7 Prozent deutlich oberhalb des EU-Durchschnitts von 10,0 Prozent.⁶ Herausragende oder überdurchschnittliche Gesundheitsergebnisse löst dieser hohe Input jedoch nicht aus.

Bei vielen gesundheitsbezogenen Indikatoren schneidet Deutschland im internationalen Vergleich nur durchschnittlich ab, bei einigen Indikatoren noch schlechter. Im „Better Life Index“ nimmt Deutschland im Feld Gesundheit nur den 23. Platz unter 38 OECD-Ländern ein.⁷ Auch der Vergleich innerhalb der Europäischen Union (EU) fällt bescheiden aus: Die Lebenserwartung bei Geburt lag in Deutschland (81,5 Jahre) im Jahr 2024 sogar knapp unterhalb des EU-Mittelwertes (81,7 Jahre). Die vermeidbare Gesamtsterblichkeit ist nur geringfügig besser als der EU-Durchschnitt (Jahr 2022). Die Herzinfarkt-Sterblichkeit liegt unterhalb des EU-Durchschnitts und auf Rang 19 von 22 Ländern (Jahr 2023).⁸ Die Mortalität bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen liegt in Deutschland (350 pro 100.000) höher als der EU-Mittelwert (313) und deutlich über den am besten abschneidenden Ländern Frankreich (163), Spanien (200) und Dänemark (208) (Jahr 2023).⁹ Der Anteil der Menschen ab 65 Jahren mit mehreren chronischen Erkrankungen liegt deutlich über dem EU-Durchschnitt (48 gegenüber 40 Prozent bei Männern, 50 gegenüber 46 Prozent bei Frauen; jeweils Jahr 2023).¹⁰

Das deutsche Gesundheitswesen ist also offensichtlich nicht unterfinanziert, es ist bei immensem Aufwand wenig effizient, die erzielten Gesundheitsergebnisse sind überwiegend nur durchschnittlich und sehr ausbaufähig. Wenig zielführend und ökonomisch bedenklich wäre es, immer mehr Geld in die GKV zu pumpen, etwa über höhere Beiträge, Zuzahlungen und Eigenanteile. Das wäre ein hoher Preis für eine allenfalls kurzfristige Beitragsstabilität, denn die hohe Ausgabendynamik bliebe unverändert. Mit Reformen unwirtschaftliche Strukturen und Prozesse zu korrigieren, muss deshalb immer Vorrang haben vor weiteren Belastungen der Versicherten und der Patient:innen. Diese schultern zusätzlich zu den Beiträgen bereits heute hohe Eigenanteile bei der

⁵ Bundesamt für Soziale Sicherung (2025, 15. Oktober). GKV-Schätzerkreis schätzt die finanziellen Rahmenbedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung für die Jahre 2025 und 2026. Pressemitteilung Nr. 6. <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/service/newsroom/detail/gkv-schaetzerkreis-schaetzt-die-finanziellen-rahmenbedingungen-der-gesetzlichen-krankenversicherung-fuer-die-jahre-2025-und-2026/> (letzter Zugriff 23.03.2026)

⁶ OECD (2025). Country Health Profile 2025: Germany. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/12/country-health-profile-2025-country-notes_7e72146d/germany_51f2550b/a5911973-en.pdf (letzter Zugriff 23.03.2026)

⁷ OECD (2026). OECD Well-being Data Monitor. <https://www.oecd.org/en/data/tools/well-being-data-monitor/better-life-index.html> (letzter Zugriff: 17.03.2026)

⁸ OECD (2025). a.a.O.

⁹ Eurostat (2025, 13. März). 33% of deaths caused by circulatory diseases in 2023. <https://ec.europa.eu/eurostat/de/web/products-eurostat-news/w/ddn-20260313-1> (letzter Zugriff: 17.03.2026)

¹⁰ OECD (2025). a.a.O.

Inanspruchnahme von Leistungen, insbesondere für Arzneimittel und für die zahnärztliche Versorgung,¹¹ aber auch für viele weitere Leistungen wie Seh- und Hörhilfen. Eine Mehrbelastung verbietet sich auch deshalb, weil sie sich gesundheitlich kontraproduktiv auswirken würde, insbesondere in niedrigen Einkommensgruppen. Die gesundheitlichen Chancen und insbesondere die gesundheitliche Chancengleichheit würden sich in der Bevölkerung in der Folge verschlechtern.

Der vzbv fordert den Gesetzgeber auf, Versorgungsstrukturen und -prozesse so auszurichten, dass sie die Zielgenauigkeit der Versorgung erhöhen, und mit geeigneten Maßnahmen weitere Beitragsanstiege, höhere Zuzahlungen und/oder Leistungskürzungen abzuwenden.

IV. Dynamik der Hauptausgabentreiber stoppen

Die mit Abstand größten Ausgabenblöcke der GKV sind die Leistungsausgaben für die Krankenhaus-, die Arzneimittel- und die vertragsärztliche Versorgung. Gleichzeitig entwickeln sich die Ausgaben dort besonders auffällig und folgeschwer. In den fünf Jahren von 2020 bis 2024 stiegen die Krankenhausausgaben um 25 Prozent auf 102,2 Milliarden, die Arzneimittelausgaben um 27 Prozent auf 55,2 Milliarden und die Ausgaben für die ambulant-ärztliche Versorgung in der GKV um 14 Prozent auf 50,2 Milliarden Euro.¹² Nach vorläufigen Rechnungsergebnissen der Krankenkassen stiegen die Leistungsausgaben auch im Jahr 2025 weit überdurchschnittlich an, für Krankenhäuser um 9,7 Prozent (9,7 Mrd. Euro), für Arzneimittel um 5,9 Prozent (3,2 Mrd. Euro) und für ambulant-ärztliche Behandlungen um 7,6 Prozent (3,8 Mrd. Euro).¹³ In diesen Bereichen hat die Bundesregierung die ökonomisch wirksamsten Hebel, um die Beitragsentwicklung zu beeinflussen, deshalb sollte sie besonders hier mit strukturellen Reformen und mit Kostendämpfungsmaßnahmen ansetzen, ohne die Entwicklung in den anderen Leistungs- und Verwaltungsbereichen aus dem Blick zu verlieren.

Die Krankenhausversorgung ist der mit Abstand ausgabengrößte Leistungsbereich – ein Drittel der GKV-Leistungsausgaben entstehen dort. Das liegt vorrangig an der überhohen Krankenhausedichte Deutschlands in Verbindung mit Fehlanreizen (Mengenanreizen) im Vergütungssystem, die zusammen hohe Fallzahlen und unangemessene Versorgungsentscheidungen zur Folge haben. Allein das Bundesland Nordrhein-Westfalen verfügt über drei Mal so viele Krankenhäuser (300) wie die Niederlande (100) – bei etwa gleich großer Bevölkerungszahl. Insgesamt verzeichnet Deutschland rund fünfzig Prozent mehr stationäre Krankenhaufälle als der Durchschnitt unserer Nachbarländer.¹⁴

Die Überkapazitäten (besonders in den Ballungszentren) lösen Über- und Fehlversorgung aus und gefährden die Patientensicherheit. Im Bemühen um einen auskömmlichen Umsatz bieten viele

¹¹ OECD (2025). a.a.O. (S. 12)

¹² GKV-Spitzenverband (2025). Ausgaben für Krankenhausbehandlung, Arzneimittel und Ärztliche Behandlung. https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/zahlen_und_grafiken/gkv_kennzahlen/gkv_kennzahlen.jsp und eigene Berechnungen.

¹³ Bundesministerium für Gesundheit (2026, 10. März). Finanzentwicklung der GKV im 1.-4. Quartal 2025. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/finanzentwicklung-gkv-2025>. (letzter Zugriff 12.03.2026)

¹⁴ Rybicki B (2026, 23. Februar). „Das Problem liegt bei der Menge der Leistungen“. Handelsblatt. <https://www.handelsblatt.com/politik/deutschland/krankenkassen-das-problem-liegt-bei-der-menge-der-leistungen/100196715.html>. (letzter Zugriff 12.03.2026)

Einrichtungen Leistungen an, die nicht notwendig sind und für die sie nicht hinreichend qualifiziert sind, etwa aufgrund fehlender Routine. Die politischen Rahmenbedingungen lassen das zu.

Die Häuser konkurrieren mit anderen Einrichtungen um ärztliches und pflegerisches Fachpersonal, das verstärkt den Fachkräftemangel auch in Pflegeheimen und in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Dadurch kommt es verstärkt zu Versorgungsausfällen, zusätzlich angefeuert durch die demografisch bedingte Alterung der Patient:innen und Pflegebedürftigen wie auch der Fachkräfte.

Ein schneller Einstieg in den konsequenten, gezielten Abbau der Überkapazitäten der stationären Versorgung und in die benötigte Spezialisierung ist also nicht nur für die Konsolidierung der GKV-Financen essenziell. Die Zielgenauigkeit, die Qualität und die Sicherheit der Krankenhausversorgung würden erheblich profitieren. Die begrenzten Ressourcen würden geschont, die Lebensqualität der Patient:innen sich verbessern. Versorgungsstrukturen stattdessen aufrechtzuerhalten, die für eine medizinisch notwendige Versorgung nicht erforderlich und nicht förderlich sind, ist ökonomisch wie ethisch hochproblematisch. Die Konsequenzen tragen die Beitragszahler mit unnötig hohen Beiträgen und die Patient:innen mit häufig unzureichenden Versorgungsergebnissen und Engpässen bei der notwendigen (aber vielleicht weniger lukrativen) Versorgung.

Die besondere Situation der Krankenhäuser kennzeichnen widerstrebende Interessen von Bund, Bundesländern, Kommunen und Krankenkassen bei der Finanzierung und Bedarfsplanung in einem System der dualen Finanzierung. Eine solche Gemengelage erschwert die politische Steuerung. Die mit dem Ende 2024 beschlossenen Krankenhausverbesserungsgesetz (KHVVG) beschlossene Krankenhausreform¹⁵ war ein erster richtiger Reformschritt, obwohl bereits mit vielen politischen Kompromissen versehen und weit von den Stellungnahmen und Empfehlungen der Regierungskommission entfernt¹⁶. Das geplante Krankenhausanpassungsgesetz (KHAG), das Anfang März verabschiedet wurde, rückt eine zielführende Umwandlung der Krankenhausversorgung in bedarfsgerechte Strukturen allerdings in noch weitere Ferne, zeitlich wie inhaltlich. Das Gesetz enthält eine Reihe von Ausnahmeregelungen – etwa bei den Qualitätskriterien für die Zuweisung von Leistungsgruppen und bei der Definition der Standorte und der Fachkliniken. Das sind aus Patienten- und Systemperspektive schlechte Nachrichten. Zudem erschweren undifferenzierte, pauschale Förderprogramme für alle Krankenhäuser den nötigen Umbau der Krankenhauslandschaft, weil sie auch Strukturen stützen, die nicht benötigt werden. Die Möglichkeit, den Krankenhaustransformationsfonds des Krankenhausverbesserungsgesetzes (KHVVG) auch für den Erhalt bestehender Krankenhausstrukturen zu nutzen und die Sofort-Transformationskosten als pauschaler Betriebskostenzuschuss sind aktuelle Beispiele für solche Förderprogramme, die den Strukturwandel aufhalten und die Ausgabenentwicklung eher weiter befeuern werden.

Die Politik muss notwendige Reformen in den genannten wie in den anderen Leistungs- und Ausgabenbereichen der GKV auch gegen den Widerstand der Akteure (Leistungserbringer, Kostenträger, Bundesländer etc.) durchsetzen. Standortinteressen dürfen den Gesundheitsinteressen niemals vorrangig sein.

¹⁵ vgl. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/krankenhausverbesserungsgesetz-khvvvg> (letzter Zugriff am 12.03.2026)

¹⁶ vgl. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/regierungskommission-krankenhausversorgung> (letzter Zugriff am 12.03.2026)

Der vzbv fordert den Gesetzgeber auf,

- geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um die Ausgaben in den Leistungsbereichen mit überdurchschnittlicher Ausgabenentwicklung zu dämpfen,
- Förderprogramme mit der Gießkanne auszusetzen und von weiteren abzusehen und
- Fehlanreize in den Vergütungssystemen konsequent abzubauen.

V. Zielgenauigkeit erhöhen und Versicherte und Beitragszahler vor unnötigen und unwirksamen Leistungen schützen

Der Sachverständigenrat hat bereits in seinem vielbeachteten Gutachten aus dem Jahr 2001 das Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung beschrieben.¹⁷ Die Analyse hat unverändert bis heute Bestand, das deutsche Gesundheitswesen ist noch immer in hohem Maße unwirtschaftlich und fehlgesteuert. Verantwortlich dafür sind insbesondere die oben beschriebenen Überkapazitäten in der stationären wie auch teilweise in der ambulanten Versorgung, die unzureichende Spezialisierung, Fehlanreize in den Vergütungssystemen und eine schwach ausgeprägte Zusammenarbeit an den Schnittstellen der Sektoren und Akteure.

Gemessen an den hohen Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung von rund 370 Milliarden Euro Jahr 2026 und angesichts der ungebremsten enormen Ausgabendynamik wird bei weitem zu wenig in die wissenschaftliche, unabhängige Evaluation gesundheitspolitischer Maßnahmen und Instrumente sowie in versorgungsnahe Forschung investiert. Das trägt dazu bei, dass unwirksame und kontraproduktive Maßnahmen nicht identifiziert und korrigiert werden (können). Neue Maßnahmen sollten deshalb grundsätzlich anhand einer verbindlichen Regel evaluiert werden und bei Bedarf einer Revision unterzogen werden müssen.

Beispiel 1: Überdiagnostik und Übertherapie

Typische Beispiele von Leistungen als Ergebnis angebotsinduzierter Nachfrage finden sich in der Diagnostik (zum Beispiel Magnetresonanztomografien, Laborleistungen) und bei operativen Eingriffen (Gelenkarthroskopien, Gelenkersatz, Bandscheibenoperationen, Kathetereingriffe, Kaiserschnitt-Entbindungen etc.). Bei diesen kommt es häufig zu gravierenden Qualitätsmängeln und Defiziten in der Patientensicherheit (etwa bei Schlaganfällen, Krebs und Gelenkoperationen). Neben gesundheitlichen Schäden burden Überdiagnostik und Übertherapie den Beitragszahlern hohe finanziellen Lasten auf.

Beispiel 2: Organisierte (Krebs-)Früherkennung

Früherkennungsmaßnahmen oder Checkup-Untersuchungen können als Maßnahme der Sekundärprävention dazu beitragen, schwerwiegende Erkrankungen (zum Beispiel Krebserkrankungen) früher zu erkennen und zu behandeln. Während einige Teilnehmende

¹⁷ Deutscher Bundestag (2001). Unterrichtung durch die Bundesregierung. Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III. Über-, Unter- und Fehlversorgung. Drucksache 14/6871. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2000_2001/Band_III_BT_Drucksache.pdf (letzter Zugriff 17.03.2026)

profitieren, lösen die Untersuchungen bei anderen Teilnehmenden unnötige Behandlungen mit mitunter schwerwiegenden Beeinträchtigungen der Lebensqualität aus. Um den Nutzen der Programme zu erhöhen und die Risiken zu senken, sollten die Programme von der Niedrigrisikoprävention hin zu stärker risikoadjustierten Programmen weiterentwickelt werden.^{18 19}

Das nicht uneingeschränkt überzeugende Nutzen-Schaden-Verhältnis bevölkerungsweiter, nicht risikobasierter Krebsfrüherkennungsprogramme erfordert eine sorgfältige individuelle Abwägung. Wenn Krankenkassen die Teilnahme etwa an Krebsfrüherkennungsmaßnahmen über § 65a SGB V Abs. 1 („Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten“) bonifizieren, suggerieren sie, dass eine solche Abwägung nicht erforderlich ist. Das stärkt weder die individuelle Gesundheitskompetenz noch trägt es zur informierten Entscheidungsfindung der Versicherten bei. Das gilt gleichermaßen für die mitunter einseitige öffentliche Kommunikation zu Früherkennungsmaßnahmen, auch von politischer Seite.

Beispiel 3: Digitale Gesundheitsanwendungen

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) wurden durch das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) eingeführt. Die erste DiGA wurde im September 2020 in das offizielle DiGA-Verzeichnis des Bundesamtes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) aufgenommen und damit erstattungsfähig. Das sogenannte Fast-Track-Verfahren erlaubt den Herstellern, eine DiGA zunächst ohne nachgewiesenen medizinischen Nutzen in das DiGA-Verzeichnis aufnehmen zu lassen. Erst im Anschluss innerhalb einer Frist von 12 Monaten muss der Nutzen der DiGA nachgewiesen werden. Bis dahin dürfen die Hersteller selbst den Preis festlegen, erst danach erfolgen Preisverhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband.

Zwischen September 2020 und September 2023 haben die Versicherten nach Aussage des GKV-Spitzenverbands (GKV-SV) rund 374.000 digitale Anwendungen für 113 Millionen Euro in Anspruch genommen. In den drei Jahren konnte jedoch laut GKV-SV nur für jede fünfte digitale Anwendung ein Nutzen nachgewiesen werden.

Beispiel 4: Entbudgetierung der hausärztlichen Versorgung

Mit dem 2025 in Kraft getretenen Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) hat der Gesetzgeber die „Entbudgetierung“ der hausärztlichen Versorgung beschlossen: Dadurch entfallen die Budgetdeckel und den Praxen werden nahezu alle Leistungen ohne Abschläge vergütet.

Eine Evaluation der Auswirkungen der Entbudgetierung auf Versorgung, Qualität oder Wirtschaftlichkeit sieht das Gesetz nicht vor. Wichtige Fragen bleiben somit unbeantwortet: Um welchen Betrag erhöhen sich dadurch die Mehrausgaben für die GKV? Welche Arztpraxen in welchen Regionen profitieren davon? Profitieren auch die Patient:innen davon, zum Beispiel durch mehr hausärztliche Niederlassungen in unterversorgten Regionen oder durch mehr Patienten-Neuaufnahmen, kürzere Wartezeiten? Oder löst der Wegfall der Budgetdeckel eine neue Überversorgung aus und sinkt gar die Zeit für das Arzt-Patient-Gespräch? An welchen Stellen verändern sich die Leistungsmengen, zum Beispiel an diagnostischen Maßnahmen? Trägt das zu einer besseren, zielgenaueren und bedarfsgerechteren Versorgung bei?

¹⁸ vgl. Cardoso R. et al. (2026). Breast cancer incidence, by stage at diagnosis, and mortality in European countries in the era of mammography screening: an international population-based study. *The Lancet Regional Health – Europe*. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2025.101574>

¹⁹ DKFZ (2025, 9. März). Früherkennung trägt zu sinkenden Brustkrebs-Sterberaten in Europa bei. Pressemitteilung. <https://www.dkfz.de/aktuelles/pressemitteilungen/detail/frueherkennung-traegt-zu-sinkenden-brustkrebs-sterberaten-in-europa-bei> (letzter Zugriff 23.03.2026)

Als Folge der ausbleibenden Evaluation werden sich die Leistungserbringer und Kostenträger mit eigenen Analysen um die Deutungshoheit streiten. Die Politik befindet sich ohne systematische und unabhängige Überprüfung der Auswirkungen im Blindflug und ist nicht in der Lage, die gesundheitliche Versorgung bedarfsgerechter, besser und wirtschaftlicher zu machen.

Der vzbv fordert den Gesetzgeber und die Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenkassen auf,

- die Auswirkungen von Reformmaßnahmen unabhängig und wissenschaftlich zu evaluieren und deren Erkenntnisse umzusetzen,
- Leistungen, Vergütungen und Handlungsanreize in der GKV konsequent an wissenschaftlicher Evidenz auszurichten und eine Evaluationskultur zu entwickeln,
- neue Leistungen wie zum Beispiel DiGA erst nach Nutznachweis einzuführen und
- neu eingeführte Vergütungs- und Steuerungsinstrumente grundsätzlich anhand einer verbindlichen Regel zu evaluieren und die Instrumente bei Bedarf einer Revision zu unterziehen.

VI. Fehlentwicklungen im Krankenkassenwettbewerb stoppen

Als Satzungsleistungen bieten Krankenkassen immer wieder diagnostische oder therapeutische Leistungen an, denen keine oder unzureichende Wirkungsnachweise zugrunde liegen und die nicht im Einklang mit anerkannten, evidenzbasierten Leitlinien und Empfehlungen stehen.

So weichen die Kassen zum Beispiel die Altersgrenzen und Untersuchungsfrequenzen bei der Hautkrebsfrüherkennung auf. Als vermeintlich sinnvolle Maßnahme der Prostatakrebsfrüherkennung finanzieren Krankenkassen die Bestimmung des Prostataspezifischen Antigens (PSA), setzen sich damit über bestehende, anerkannte Empfehlungen hinweg und nehmen noch ausstehende Überprüfungen vorweg. Die meisten Kassen bieten ihren Versicherten – selbst mit gesunden Zähnen und Zahnfleisch – eine professionelle Zahnreinigung an. Leistungen der Homöopathie und Anthroposophie bewerben und finanzieren sie als sanfte Alternative zur Schulmedizin, obwohl es für sie keinerlei Nutzenbelege gibt.

Krankenkassen nutzen den Spielraum, den ihnen der Gesetzgeber mit den Satzungsleistungen gegeben hat, weil sie sich mit vermeintlichen Leistungsvorteilen oder finanziellen Vorteilen von Wettbewerbern unterscheiden möchten. Ob die Leistungen medizinisch notwendig, überflüssig oder gar riskant sind, können die Versicherten in der Regel nicht erkennen. Vielmehr suggerieren ihnen einschlägige Krankenkassenvergleiche im Internet, dass es von Vorteil ist, möglichst viele dieser Satzungsleistungen in Anspruch nehmen zu können. Einer Überprüfung, inwiefern sie evidenzbasiert und leitliniengerecht sind, halten viele dieser Leistungen jedoch nicht stand.

Zwar sind einige dieser Angebote gesundheitlich eher unbedenklich, verschwenden also im besten Fall „nur“ Beitragsgelder. Diagnostische Maßnahmen aber – wie in der Krebsfrüherkennung – bergen das Risiko von falsch-positiven Befunden oder von unklaren Befunden, die eine weitere Abklärung auslösen und zu Überdiagnosen sowie unnötigen und folgenschweren und auch teuren Behandlungen und Eingriffen führen können. Sehr bedenklich bis lebensgefährlich wird es, wenn

Leistungen der Komplementärmedizin bei schwerwiegenden Erkrankungen und Infektionen eingesetzt werden.

Von den über 90 gesetzliche Krankenkassen in Deutschland ist ein Großteil für die gesetzlich Versicherten geöffnet und wählbar. Sinnvoll ist der dadurch ausgelöste Wettbewerb dann, wenn die Verbraucher:innen die Kassen anhand valider Informationen und Daten miteinander vergleichen können und die für ihre Bedürfnisse adäquate Krankenkasse auswählen können. Das kann einen Wettbewerb um den besseren Service, bessere Angebote und einen besseren Preis auslösen. Folgerichtig sollten die einzelnen Krankenkassen über ihre Angebote und Serviceleistungen informieren und werben dürfen, solange dies den Versicherten Orientierung in der Kassenvielfalt geben.

Werbung und Sponsoring der Krankenkassen ohne Informationswert (zum Beispiel bei Sportveranstaltungen) stiften keinen gesundheitlichen Nutzen, verausgaben aber Beitragsmittel. Sie können und sollten daher gestrichen werden.

Krankenkassen dürfen Prämien (Sach- oder Geldprämien) für die Neuwerbung von Mitgliedern ausloben. Die Grundlagen dafür haben die Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung des Bundes und der Länder gemeinsam mit den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen in den Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätzen²⁰ festgelegt. Solche Prämienzahlungen stiften aber weder individuellen gesundheitlichen Nutzen noch einen systemischen wirtschaftlichen Nutzen. Vielmehr entziehen sie der GKV Mittel für andere Aufgaben.

Der vzbv fordert die Bundesregierung auf,

- durch geeignete Maßnahmen Sorge dafür zu tragen, dass die Satzungsleistungen der Krankenkassen an wissenschaftlicher Evidenz ausgerichtet werden,
- rein aufmerksamkeitsorientierte Imagewerbung und Sponsoring der Krankenkassen ohne sachbezogene Informationen zu untersagen und zu dem Zweck die Rechtsverordnung nach § 4a Absatz 3 SGB V zu konkretisieren und
- Prämienzahlungen der Krankenkassen für Mitgliederwerbung gesetzlich zu verbieten.

VII. Gesunde Lebensbedingungen schaffen

Das medizinische, rehabilitative und pflegerische Versorgungssystem zielt traditionell auf den einzelnen Menschen und reagiert auf bereits eingetretene Störungen und Beeinträchtigungen der Gesundheit. Das Medizinsystem kann Krankheitsfolgen mindern und vorzeitige Sterblichkeit abwenden²¹, es verhindert aber in aller Regel keine Erkrankungen. Ausnahme ist das Impfen als bedeutsame medizinische Maßnahme der Primärprävention. Leider sind die Impfquoten in

²⁰ Bundesamt für Soziale Sicherung (o.J.). Gemeinsame Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung vom 19. März 1998 – geändert am 9. November 2006 – in der Fassung vom 11. November 2015 (Wettbewerbsgrundsätze 2016). https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Krankenversicherung/20220316_Gemeinsame_Wettbewerbsgrundsaeetze_GKV_inkl._Er_gaenzungsbeschluesse.pdf (letzter Zugriff 24.03.2026)

²¹ Hurrelmann K, Richter M (2022). Determinanten der Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. <https://leitbegriffe.bioeg.de/alphabetisches-verzeichnis/determinanten-der-gesundheit/> (letzter Zugriff 27.03.2026)

Deutschland in mehreren Bereichen unbefriedigend²², hier sind stärkere Anstrengungen erforderlich, unter anderem durch eine Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, durch eine Ausweitung des örtlichen Impfangebotes über Arztpraxen hinaus und durch einen interaktiven elektronischen Impfpass idealerweise in der elektronischen Patientenakte (ePA) mit Anzeige von Impfständen). Darüber hinaus müssen es sich die Gesundheitsberufe zur Aufgabe machen, eine unangemessene Medikalisierung zu vermeiden. Insgesamt kommt dem Medizinsystem keine zentrale Bedeutung zu, Krankheiten abzuwenden und Gesundheit zu fördern. Die Krankheitslast in der Bevölkerung wird es immer nur in begrenztem Umfang beeinflussen können.

Nichtübertragbare Krankheiten (NCDs) wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, Diabetes mellitus und chronische Atemwegserkrankungen dominieren weltweit das Krankheitsgeschehen und sind in allen Einkommensgruppen die führende Todesursache und sie verursachen mehr Todesfälle als alle anderen Ursachen zusammen.^{23 24} Zugleich existieren gut durchführbare, kosteneffektive Maßnahmen, NCDs einzudämmen. So sind beispielsweise rund 80 Prozent der kardiovaskulären Erkrankungen auf nur fünf Risikofaktoren zurückzuführen: Alkoholkonsum, Tabakkonsum, unausgewogene Ernährung, Übergewicht in Verbindung mit zu wenig Bewegung sowie Luftverschmutzung.²⁵ Gelingt es, auf diesen Gebieten Fortschritte zu erzielen, lassen sich bereits in kurzer Zeit starke Gesundheitseffekte erzielen.²⁶ Das erfordert ein ausgewogenes Miteinander von verhältnis- und verhaltensbezogenen Maßnahmen. Je mehr Maßnahmen miteinander kombiniert werden, umso wirksamer sind sie. Das in Deutschland bisher fast ausschließlich individualistische Vorgehen in Behandlung und Prävention von Krankheit ist gescheitert, es ist ineffektiv, unwirtschaftlich und muss dringend überwunden werden.

Das erfordert ein gemeinsames Verständnis über die Vielfalt der Faktoren und Bedingungen, die Gesundheit und Krankheit bestimmen, und welche von diesen beeinflussbar sind. Anders als biologische Faktoren wie Alter, Geschlecht und Erbanlagen einer Person sind viele andere Determinanten wirksam steuerbar. Das sind Faktoren individueller Lebensweisen, soziale und kommunale Netzwerke, die Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie allgemeine Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt.²⁷ Den stärksten Einfluss auf den Gesundheits- und Krankheitszustand der Bevölkerung haben der Lebensstil und die Lebensbedingungen. Es ist aber ein Trugschluss, dass die Individuen alleine in der Lage wären, den Lebensstil und ihr Gesundheitsverhalten zu verändern.²⁸ So entscheiden wesentlich das verfügbare Einkommen und die Preise darüber, zu welchen Lebensmitteln die Menschen greifen – zum teureren, frischen Gemüse und Obst oder zu den hochverarbeiteten Lebensmitteln. Letztere sind häufig preisgünstiger²⁹, haben aber eine geringe Nährstoff- und hohe Energiedichte, viel Zucker, Fett und Salz. Fehlende oder unklare Produktkennzeichnungen erschweren es den Verbraucher:innen,

²² Thorsten R, Steffen A, Lottes M, Badenschier F, Feig M, Rau C (2025). Impfquoten in Deutschland. *Epidemiologisches Bulletin* 50:3-13. https://doi.org/10.25646/13589_2

²³ WHO (2025). Noncommunicable diseases progress monitor 2025. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/7a228681-a190-4c29-b2a8-9d4255dc49d1/content> (letzter Zugriff 23.03.2026)

²⁴ WHO (2011). Global status report on noncommunicable diseases 2010. <https://digitallibrary.un.org/record/706319?v=pdf> (letzter Zugriff 23.03.2026)

²⁵ WHO (2011). a.a.O.

²⁶ Gauden G et al (2025). Quick buys for prevention and control of noncommunicable diseases. *The Lancet Regional Health – Europe*, Vol. 52, 101281. [https://www.thelancet.com/journals/lanepi/article/PIIS2666-7762\(25\)00073-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanepi/article/PIIS2666-7762(25)00073-0/fulltext) (letzter Zugriff 23.03.2026)

²⁷ Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies.

²⁸ Hurrelmann K, Richter M (2022). a.a.O.

²⁹ Brandt M (2025). Lebensmittelqualität. Wie viel teurer ist gesundes Essen? <https://de.statista.com/infografik/34897/preis-von-lebensmitteln-im-verhaeltnis-zum-preis-staerkehaltiger-grundnahrungsmittel-weltweit/> (letzter Zugriff 24.03.2026)

gesündere Konsumententscheidungen zu treffen. Genauso wenig können die Verbraucher:innen die Luftqualität im unmittelbaren Wohnumfeld beeinflussen, die Qualität des Kantinenessens am Arbeitsplatz oder das Speisenangebots in Schule und Kindertagesstätte verbessern oder sichere, attraktive Radwege oder Fußgängerwege bauen. Mit guter Infrastrukturentwicklung, gesetzlichen und administrativen Rahmenbedingungen und Handlungsanreizen kann und muss der Staat gesunde Lebensbedingungen und Lebenswelten herstellen. Damit macht er es den Menschen einfacher, sich gesundheitsförderlich zu verhalten. Und das hat einen enormen Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung und kann Krankheitslast und Gesundheitsausgaben schon in kurzer Zeit senken.

Mehr Gesundheit für alle lässt sich allerdings nur mit ressort- und sektorenübergreifendem Denken, Planen und Handeln erzielen. Gesundheit muss also zum Querschnittsthema werden. Eine solche ressortübergreifende Strategie muss die Agrar-, Umwelt-, Verkehrs-, Städtebau-, Sozial-, Bildungs-, Gesundheits- und Wirtschaftspolitik untereinander verknüpfen, so wie es auch die Weltgesundheitsorganisation und der Wissenschaftsrat fordern.^{30 31} Wirksam sein kann eine solche Public-Health-Strategie nur mit starker Governance-Struktur, die sich nicht an Ressortstreitigkeiten, Trägerinteressen oder an den Strukturen des Föderalismus aufreibt.

Um zählbare Gesundheitsgewinne zu erzielen, gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern und die Ausgabendynamik der GKV nachhaltig zu stoppen, fordert der vzbv

- eine im Bundeskanzleramt angesiedelte und entsprechend mandatierte Stabsstelle zur Konzeption, Koordination und Kontrolle einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik (Public-Health-Strategie),
- eine sektoren- und ebenenübergreifenden Zusammenarbeit zur Herstellung gesunder Lebensbedingungen und Lebenswelten, zum Beispiel beim Aufwachsen, Lernen, Spielen, Wohnen, Arbeiten, Altwerden, Einkaufen, im Straßenverkehr, in der Pflege,
- alle relevanten Politikfelder auf Bundesebene zu verpflichten, an der Umsetzung der Public-Health-Strategie und an Erhalt und Herstellung gesunder Lebensbedingungen und Lebenswelten mitzuwirken, und zu diesem Zweck verbindliche Teilziele und Umsetzungskonzepte zu entwickeln,
- Vetorecht für die Stabsstelle im Bundeskanzleramt, wenn von neuen gesetzlichen oder untergesetzlichen Regelungen bedeutende negative Gesundheitsrisiken/-effekte ausgehen,
- gesundheitsförderliche Entscheidungen der Verbraucher:innen leichter zu machen, unter anderem durch Preis- und Herstelleranreize für gesündere und nachhaltigere Produkte und Dienstleistungen (zum Beispiel Abschaffung der Mehrwertsteuer auf Gemüse, Obst und Hülsenfrüchte, gestaffelte Herstellerabgaben für gesüßte Getränke) und durch verpflichtende Verbraucherinformationen (Kennzeichnung gesundheitsschädlicher und -riskanter Produkte) und für diese eine angemessene Regulierung der Werbung und der Verfügbarkeit,
- die Bundesländer und Kommunen finanziell zu unterstützen mit dem Ziel, den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und die regionale und kommunale gesundheitsförderliche Infrastruktur zu stärken und

³⁰ World Health Organization (2025). World report on social determinants of health equity. Geneva. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/equity-and-health/world-report-on-social-determinants-of-health-equity> (letzter Zugriff 12.03.2026)

³¹ Wissenschaftsrat (2026). Für Prävention und Gesundheitsförderung handeln in Wissenschaft, Versorgung und Gesellschaft. Positionspapier. <https://doi.org/10.57674/7rvj-jy21> (letzter Zugriff 23.03.2026)

- einen interaktiven elektronischen Impfpass idealerweise in der ePA zeitnah umzusetzen, um einen starken Impuls zur Erhöhung der Impfquoten zu setzen.

VIII. Ausgaben der Krankenkassen für Prävention neu ausrichten

Die Krankenkassen sind in Deutschland der größte Träger von Präventionsaktivitäten. Diese sind allerdings weit überwiegend auf die einzelnen Versicherten ausgerichtet. Als Maßnahmen der Individualprävention werden rund 115.000 Präventionskurse (Gruppenkurse für Ernährung, Bewegung, Stressreduktion) finanziert. Diese erreichen jedoch nur einen kleinen Teil der Versicherten. Und sie erreichen die „falschen“ Versicherten – überwiegend die sozioökonomische „Mittelschicht“.³² Sie ermöglichen damit Mitnahmeeffekte, die aus Sicht der im Mitgliederwettbewerb stehenden Krankenkassen in Kauf genommen werden. Die gesundheitspolitisch wichtigste Zielgruppe sind demgegenüber Menschen mit besonders hohem Erkrankungsrisiko, also die Menschen, die typischerweise von geringem Einkommen, niedrigem Bildungsniveau und hohen gesundheitlichen Belastungen geprägt sind. Diese Gruppe ist auf finanzielle Unterstützung durch ihre Krankenkasse angewiesen, wird aber unter anderem vom Kostenerstattungsprinzip in der Individualprävention abgeschreckt. Damit vergrößern diese Maßnahmen sogar die bestehenden gesundheitlichen Ungleichheiten.

Wirksame Präventionsarbeit orientiert sich an Lebenslagen, Lebenslauf und Lebenswelten, fördert soziale Netzwerke und beteiligt besonders Kinder, Jugendliche und Familien an der Maßnahmenentwicklung.³³ Mit niedrighschwelligem, stigmatisierungsfreien Angeboten in den Lebenswelten (Settings) lassen sich besser als mit individualpräventiven Angeboten auch die vulnerablen Gruppen erreichen. Menschen in belastenden Lebenssituationen und mit gesundheitlichen Risiken, wie zum Beispiel arbeitslose oder ältere Menschen, profitieren von diesen Angeboten also in besonderem Maße.³⁴ Gesetzlich legitimiert über § 20 SGB V (primäre Prävention und Gesundheitsförderung) finanzieren die Krankenkassen auch lebensweltliche Präventionsansätze, also Maßnahmen in den Settings, in denen die Menschen leben, lernen, arbeiten und alt werden (Kindertagesstätte, Kindergarten, Schule, Arbeitsplatz, Pflegeeinrichtungen etc.). Diese Maßnahmen sind jedoch in aller Regel zeitlich befristet und insgesamt bei weitem zu wenige. Erschwerend für eine bedarfsorientierte Ausrichtung der Aktivitäten der Krankenkassen bei den Setting- und Präventionsmaßnahmen ist der Umstand, dass sich die Krankenkassen im Wettbewerb zueinander befinden und ihre Maßnahmen deshalb häufig stärker an einer Wunschklientel als an den Versicherten und Personen mit dem größten Unterstützungsbedarf ausrichten. Doch genau bei diesen wäre der gesundheitliche Nutzen am größten.

³² Altgeld T (2021). Präventionsparadox und Präventionsdilemma: Konsequenzen für die Praxis. In H. Schmidt-Semisch & F. Schorb (Hrsg.): Public Health: Disziplin – Praxis – Politik (S. 215–231). Springer Nature

³³ Richter-Kornweitz, A, Holz, G und Kilian A. (2023). Präventionskette – Integrierte kommunale Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i093-2.0>

³⁴ GKV-Bündnis für Gesundheit (2026). https://www.gkv-buendnis.de/gesunde_lebenswelten/kommune/gesundheitsfoerderung_in_der_kommune/gesundheitsfoerderung_in_der_kommune_1.html

Der vzbv fordert

- die stufenweise Erhöhung der Mindestausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für evidenzbasierte, kassenübergreifende Maßnahmen der Gesundheitsförderung in Lebenswelten nach § 20a SGB V in den nächsten zehn Jahren auf mindestens 100 Euro pro Versicherten und Jahr sowie Ko-Finanzierung der Maßnahmen durch zweckgebundene Steuern beziehungsweise Herstellerabgaben beispielsweise auf Süßgetränke und
- sämtliche Maßnahmen der Krankenkassen für Prävention und Gesundheitsförderung aus dem Kassenwettbewerb zu lösen (nach dem Vorbild der Maßnahmen in Lebenswelten nach § 20a SGB V) und sozioökonomisch bedingte Hürden bei der Inanspruchnahme von individualpräventiven Angeboten der Krankenkassen abzubauen.

IX. Krankenversicherung fair finanzieren

Die Art und Weise der Beitragsbemessung entscheidet darüber, wie gerecht die finanziellen Lasten der gesundheitlichen Versorgung verteilt werden. Konstitutives Element der GKV ist das Solidarprinzip: Die Höhe der Beiträge ist einkommensabhängig gestaltet, die Leistungsanspruchnahme ist von der Höhe der eingezahlten Beiträge unabhängig. Dieses Solidarprinzip hat sich grundsätzlich bewährt, denn es trägt wesentlich dazu bei, die Gesundheitschancen in der Bevölkerung nicht alleine von Einkommen und Bildung abhängig zu machen. Und es trägt der Erkenntnis Rechnung, dass das Entstehen von Gesundheit und Krankheit von vielen individuell nicht beeinflussbaren Faktoren bedingt ist. Für die Akzeptanz des Solidarprinzips ist es deshalb unverzichtbar, dass Personen mit höherem Einkommen einen angemessen hohen Anteil an der Finanzierung des Gesundheitssystems tragen. Die prozentuale Beitragsbemessung ermöglicht das zunächst, allerdings nur bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze (BBG). Darüber liegende Einkommen werden nicht mehr verarbeitet, wodurch mit weiter steigendem Einkommen rechnerisch der Prozentsatz des Einkommens, der als Beitrag abzuführen ist, sinkt. Prozentual betrachtet werden Einkommen oberhalb der BBG also deutlich bessergestellt als Einkommen unterhalb der BBG. Das widerspricht dem Leistungsgerechtigkeitsprinzip, es beeinträchtigt die vertikale Beitragsgerechtigkeit.³⁵

Die BBG wird jährlich per Rechtsverordnung an die Lohn- und Gehaltsentwicklung angepasst. In den Jahren 2025 und 2026 stieg sie für die GKV (und SPV) ungewöhnlich stark, nämlich um 4.050 bzw. 3.060 Euro, für das Jahr 2026 beträgt sie 69.750 Euro.³⁶ Die Erhöhung belastet insbesondere die mittelhohen Einkommen übermäßig. Für sie wird regelmäßig ein beträchtlicher Teil der tarifgebundenen oder außertariflichen Gehaltssteigerungen aufgezehrt, was ihr reales Nettoeinkommen und ihre Kaufkraft entsprechend belastet. Diese (vertikale) Ungerechtigkeit wird verstärkt durch den Umstand, dass Beiträge in der GKV fast ausschließlich auf Einkommen aus abhängiger Beschäftigung erhoben werden. Das beeinträchtigt wiederum die horizontale Beitragsgerechtigkeit, weil es Haushalte mit gleicher wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit ungleich mit Beiträgen belastet. Nur für freiwillig gesetzlich Krankenversicherte kommen Einnahmen aus

³⁵ Deutscher Bundestag, Wissenschaftliche Dienste (2018). Zur Beitragsgerechtigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung. Dokumentation WD 9 - 3000 - 048/18. Seite 6.

³⁶ <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/beitragsgemessungsgrenzen-2386514> (letzter Zugriff 25.03.2026)

anderen Erwerbsquellen hinzu, das sind neben Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit auch solche aus Kapitalerträgen und Mieten.

Um Finanzierungslücken in der GKV zu schließen und steigende Beitragssätze abzuwenden, wird von verschiedener Seite immer wieder erwogen, die Anhebung der BBG über die beschriebene Anpassung an die allgemeine Lohn-/Gehaltsentwicklung hinaus zu erhöhen – etwa auf Höhe der BBG der gesetzlichen Rentenversicherung. Aus Gerechtigkeitserwägungen ist das nicht unproblematisch, weil es die Finanzierungslasten überwiegend auf die mittelhohen Einkommen verlagern würde, Einkommen oberhalb der erhöhten BBG aber verschont blieben. Haushalte mit höherer Leistungsfähigkeit würden also im Verhältnis weniger stark belastet.

Kann die Entwicklung der Löhne und Gehälter mit der wirtschaftlichen Entwicklung nicht mithalten und gewinnen andere Einkommensarten mehr und mehr an Bedeutung, dann erschwert das die Finanzierung der GKV alleine aus abhängiger Beschäftigung. Als Gebot der ökonomischen Vernunft und der sozialpolitischen Fairness (horizontale Beitragsgerechtigkeit) sollten spätestens dann auch andere Einkommensarten der Versicherten einbezogen werden. Das gilt insbesondere dann, wenn alle Effizienzreserven ausgeschöpft sind und sich dennoch eine strukturelle Finanzierungslücke auftut. Allerdings sollte der Aufwand der Verbeitragung dieser anderen Einkommensarten in einem angemessenen Verhältnis zu den Mehreinnahmen stehen.

In Verbindung mit der beitragslosen Mitversicherung von Ehegatten verursacht die BBG eine weitere Ungerechtigkeit: Hohe Einkommen in Einverdienerhaushalten (mit beitragslos Mitversicherten) werden gegenüber Doppelverdienerhaushalten beim Beitrag entlastet, weil für sie nur genau eine BBG greift. Liegen beispielsweise beide beitragspflichtigen Einkommen im Doppelverdienerhaushalt auf Höhe der BBG und das Einkommen im Einverdienerhaushalt auf Höhe der doppelten BBG, zahlt der Einverdienerhaushalt nur halb so viel Beitrag zur GKV.³⁷ Das lässt sich weder familien- noch sozialpolitisch rechtfertigen, es setzt zudem Fehlanreize für Beschäftigung und Altersvorsorge der mitversicherten Ehegatten.

Die Gesundheitsversorgung kosteneffizienter zu machen, ist herausfordernd – weil die Ursachen vielfältig und komplex sind und sich mächtige Akteure den Reformmaßnahmen widersetzen. Ein aktuelles Beispiel sind die weitreichenden Kompromisse, die die Bundesregierung bei der Krankenhausreform zugunsten der Krankenhäuser und der sie unterstützenden Bundesländer einging und weiter eingeht. Wirkungsstarke strukturelle Reformen benötigen zudem Zeit – für die Gesetzgebung, die Umsetzung der Maßnahmen und die Wirkungsentfaltung. Diesen Zeitraum sollte der Gesetzgeber neben kostendämpfenden Maßnahmen zusätzlich mit Mitteln aus dem Bundeshaushalt überbrücken – aus finanziellen, aber auch aus Gerechtigkeitserwägungen.

Der Gesundheitsfonds erhält einen jährlichen Bundeszuschuss von 14,5 Milliarden Euro zur pauschalen Gegenfinanzierung sogenannter versicherungsfremder Leistungen.³⁸ Diese Leistungen sind nicht eindeutig definiert und abgegrenzt, umfassen aber nach weitgehend konsentiertem Verständnis zahlreiche familien- oder sozialpolitisch motivierte Leistungen.^{39 40} Je nach Abgrenzung

³⁷ Deutscher Bundestag (2018). a.a.O. Seite 8.

³⁸ Bundesamt für Soziale Sicherung (2025, 15. Oktober). a.a.O.

³⁹ Berndt B, Urukova I, Böttcher R, Wedekind L, Höfner T (2024). Identifikation versicherungsfremder Leistungen und Quantifizierung der damit verbundenen Ausgabenanteile am GKV-Beitragssatz. Eine Expertise der WIG2 GmbH. https://www.ikk-gesundplus.de/fileadmin/redaktion/ikk-gesundplus.de/dokumente/Pressemitteilungen/PM_2024-10-14_Gutachten_versicherungsfremde_Leistungen.pdf (letzter Zugriff: 21.03.2026)

⁴⁰ Albrecht M, Ochmann R (2025). Versicherungsfremde Leistungen in der GKV. Systematische Darstellung und Bewertung vorliegender Ansätze zur Abgrenzung versicherungsfremder Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Hans-Böckler-Stiftung, IMK Studies Nr. 102. https://www.imk-boeckler.de/fpdf/HBS-009287/p_imk_study_102_2025.pdf (letzter Zugriff: 21.03.2026)

liegen diese Leistungen bei jährlich bis zu 60 Milliarden Euro und übersteigen damit bei weitem den jährlichen Steuerzuschuss. Versicherungsfremd ist ebenfalls die Finanzierung eines Teils der Krankenhausinvestitionen – statt aus den Haushalten der Bundesländer werden diese zum Teil aus den Betriebsmitteln finanziert, also aus den Krankenkassenbeiträgen.⁴¹

Ordnungspolitisch ist es fragwürdig, wenn diese finanziellen Lasten von den Beitragszahlern statt von den Steuerzahlern getragen werden. Ein substantiell besserer Ausgleich dieser Ausgaben ist daher geboten. Die politische Diskussion um versicherungsfremde Leistungen der GKV konzentriert sich in den zurückliegenden Jahren überwiegend auf die Ausgaben für die gesundheitliche Versorgung von Bürgergeldempfängern, die nach Berechnungen zu rund 60 Prozent von den Krankenkassen getragen werden und Beitragsmittel der GKV von über 9 Milliarden Euro jährlich ausmachen.⁴² Das Bundesfinanzministerium lehnt die wiederholten Forderungen nach einem Ausgleich für diese Ausgaben mit Verweis auf die Lage des Bundeshaushalts ab. Überzeugen kann das allerdings nicht. Eine bessere Refinanzierung der versicherungsfremden Leistungen ist daher mehr als überfällig. Dies darf gleichwohl nicht die Anstrengungen mindern, die Ausgabendynamik durch strukturelle Reformen anzugehen.

Mit dem Ziel einer fairen und nachhaltigen Verteilung der Finanzierungslasten fordert der vzbv,

- bei künftigen Erhöhungen der BBG zu prüfen, inwieweit dabei weitere Einkommensarten der Versicherten mit angemessenem Aufwand verbeitragt werden können,
- ein GKV-Partnersplitting einzuführen, welches das beitragspflichtige Einkommen oberhalb der individuellen BBG zwischen den Partnern verteilt und
- Leistungen für Bürgergeldempfänger und weitere versicherungsfremde Leistungen aus dem Bundeshaushalt zu finanzieren, um Arbeitgeber und Arbeitnehmer angemessen zu entlasten.

⁴¹ IKK (Hrsg) (2025). Zahlen, Daten Fakten 2025. Gesundheitspolitische Impulse für die 21. Legislaturperiode. <https://www.ikkev.de/themen/gkv-in-zahlen/versicherungsfremde-leistungen/> (letzter Zugriff: 21.03.2026)

⁴² Ochmann R, Albrecht M, Schiffhorst G (2024): GKV-Beiträge der Bezieher von ALG II – Aktualisierung. Forschungsgutachten zur Berechnung kostendeckender Beiträge für gesetzlich krankenversicherte Bezieher von Arbeitslosengeld II und Sozialgeld im SGB II. https://www.iges.com/sites/igesgruppe/iges/content/e2622/e2634/e11899/e12230/e12231/e12233/attr_objs12235/BerichtIGESGKV-AusgabenvonALG-II-Beziehern_2024-05-21_ger.pdf (Letzter Zugriff: 21.03.2026)

Impressum

Herausgegeben von:

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.

Rudi-Dutschke-Straße 17, 10969 Berlin

T +49 30 25800-0

gesundheit@vzbv.de

vzbv.de

Der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. ist im Deutschen Lobbyregister und im europäischen Transparenzregister registriert. Sie erreichen die entsprechenden Einträge [hier](#) und [hier](#).