

Wirtschaftspolitische Sommerschule Ver.di GPB, MEMO-Gruppe

Auf falschem Pfad

„Reform“ der Kranken- und Pflegeversicherung verweigert sich den gesundheitspolitischen Herausforderungen

Sparpaket verschärft die Defizite bei Versorgung und Prävention

von
Dr. Cornelia Heintze

Bielefeld-Sennestadt am 24.09.26

1) **Gesundheit erhalten statt Krankheit bekämpfen - Umdenken ist notwendig**

- Wie steht es um die Lebenserwartung und was lehrt die Präventionsforschung
- Vier große Herausforderungen
 - (1) Zunahme chronischer Erkrankungen
 - (2) Gealterte Gesellschaft
 - (3) Wachsende Gesundheitsungleichheit
 - (4) Gesundheitsgefahren des Klimawandels

2) **Teuer, wenig effektiv und nicht resilient: Zentrale Facetten des deutschen Systems**

- Überdurchschnittliche Ausgabensteigerungen; Qualität bleibt zurück
- Gründe für das hohe Niveau vermeidbarer Krankenhauseinweisungen
- Beitragssatzentwicklung und die Haupttreiber hinter den starken Ausgabensteigerungen

3) **GKV-Beitragsstabilisierung auf Kosten von Bedarf, Qualität und Zukunftsgerechtigkeit**

- Gesetzliche Kassen stehen massiv unter Druck
- GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz: Das Problem und die ergriffenen Maßnahmen im Überblick
- Kostendämpfungsmaßnahmen: Kurzfristkosmetik mit Gefahren für die Versorgung
- Was alternativ nötig wäre

4) **Langzeitpflege: Die Aufkündigung des Leistungsversprechens der Pflegeversicherung**

- Soziale Pflegeversicherung: Starkes Ausgabenwachstum, keine nachhaltige Finanzierung
- Im internationalen Vergleich sind die Ausgaben nicht besonders hoch, aber falsch eingesetzt
- Baustelle zu hohe Eigenanteile - es ginge auch anders
- Sparpläne der Bundesregierung bedrohen das Leistungsversprechen der Pflegeversicherung

FAZIT

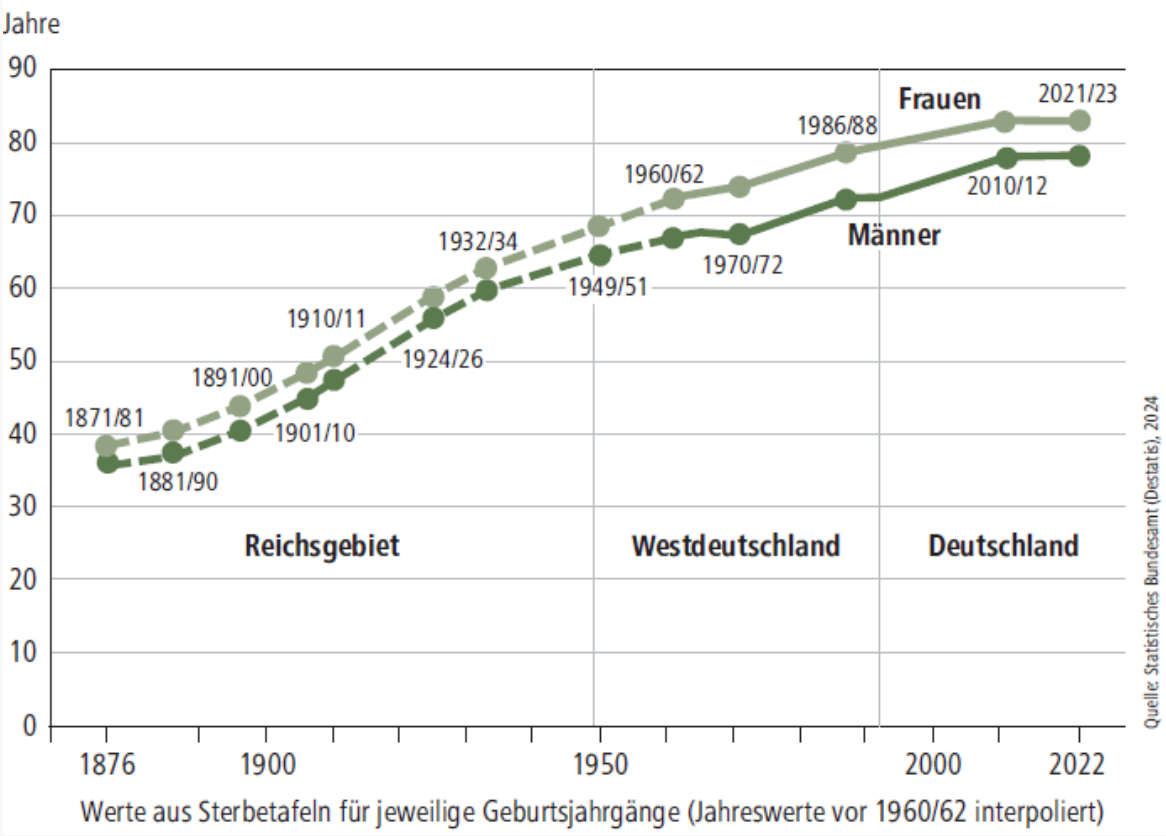
1

Gesundheit erhalten statt Krankheit bekämpfen - Umdenken ist nötig

- Wie steht es um die Lebenserwartung und was lehrt die Präventionsforschung
- **Vier große Herausforderungen**
 - (1) Zunahme chronischer Erkrankungen
 - (2) Gealterte Gesellschaft
 - (3) Wachsende Gesundheitsungleichheit
 - (4) Gesundheitsgefahren des Klimawandels

Die Lebenserwartung in der langen Frist

Entwicklung der Lebenserwartung in Deutschland



Quelle:
 Ärzteblatt 2-2025 vom 17.2.25 (<https://www.aerzteblatt.de/archiv/longevity-langes-leben-auf-kosten-der-gesundheit-06222a5b-4565-4165-b3d6-70cc7ad991ea>)

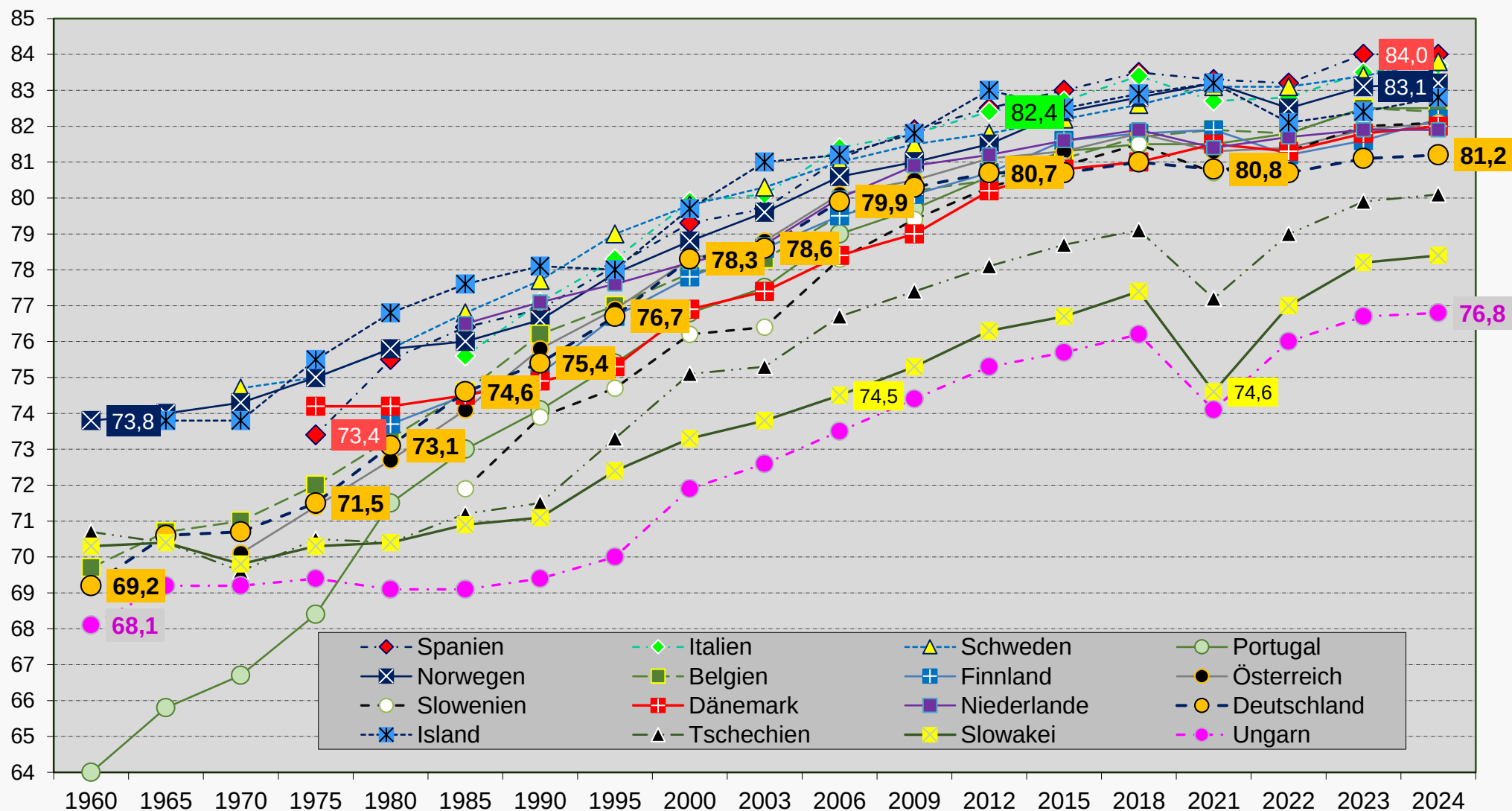
Einordnung

Angehörige der Oberschicht, die nicht vorzeitig im Kindsbett oder auf dem Schlachtfeld zu Tode kamen, konnten schon im Altertum, Mittelalter und der frühen Neuzeit über 80 Jahre alt werden. **Beispiele liefern** Porcius Cato Censorius (234-149 v. Chr.) für das Altertum; Hildegard von Bingen (1098 – 1179) und Götz von Berlichingen (1480 – 1562) für das Hochmittelalter und die Malerfürsten Tizian und Michelangelo für die Hochrenaissance (16. Jh.) Tizian wurde 88 Jahre, Michelangelo sogar 89 Jahre alt.

Wie die Abb. zeigt, stieg die Lebenserwartung in Deutschland während der vergangenen 150 Jahren von im Mittel < als 40 Jahren (1876) auf jetzt um die 80 Jahre. Die Verringerung der Säuglings- und Kindersterblichkeit spielte eine entscheidende Rolle, des Weiteren die Verbesserung der Lebens-, Wohn- und Arbeitsbedingungen. Der medizinische Fortschritt ist erst an dritter Stelle zu nennen mit Schwerpunkt bei der Seuchen-Bekämpfung durch Impfungen. **Im internationalen Vergleich nimmt Deutschland keine Spitzenstellung ein** – mehr als 20 Länder weisen höhere Werte auf. Darunter räumlich nahe gelegene wie Österreich, die Schweiz oder Frankreich. Der Gender-Gap wuchs nach 1950 und sank nach 2010. International variiert er zwischen 3 Jahren (Norwegen, Niederlande) und 10 Jahren (Lettland).

Die **Berechnung der Lebenserwartung basiert** auf den Sterbetafeln und arbeitet mit Trendfortschreibungen wie z.B. weiter zurückgehenden Raucherquoten, einer Verbesserung der Lebensbedingungen und einem voranschreitenden medizinischen Fortschritt. Destatis rechnet mit einer weiteren Zunahme der durchschnittlichen Lebenserwartung. Ich halte einen Trendbruch für wahrscheinlicher, da die von Destatis unterlegten Annahmen zu optimistisch sind.

Wir werden alle immer älter? Dieser Glaubenssatz gilt nicht mehr



Erläuterung.

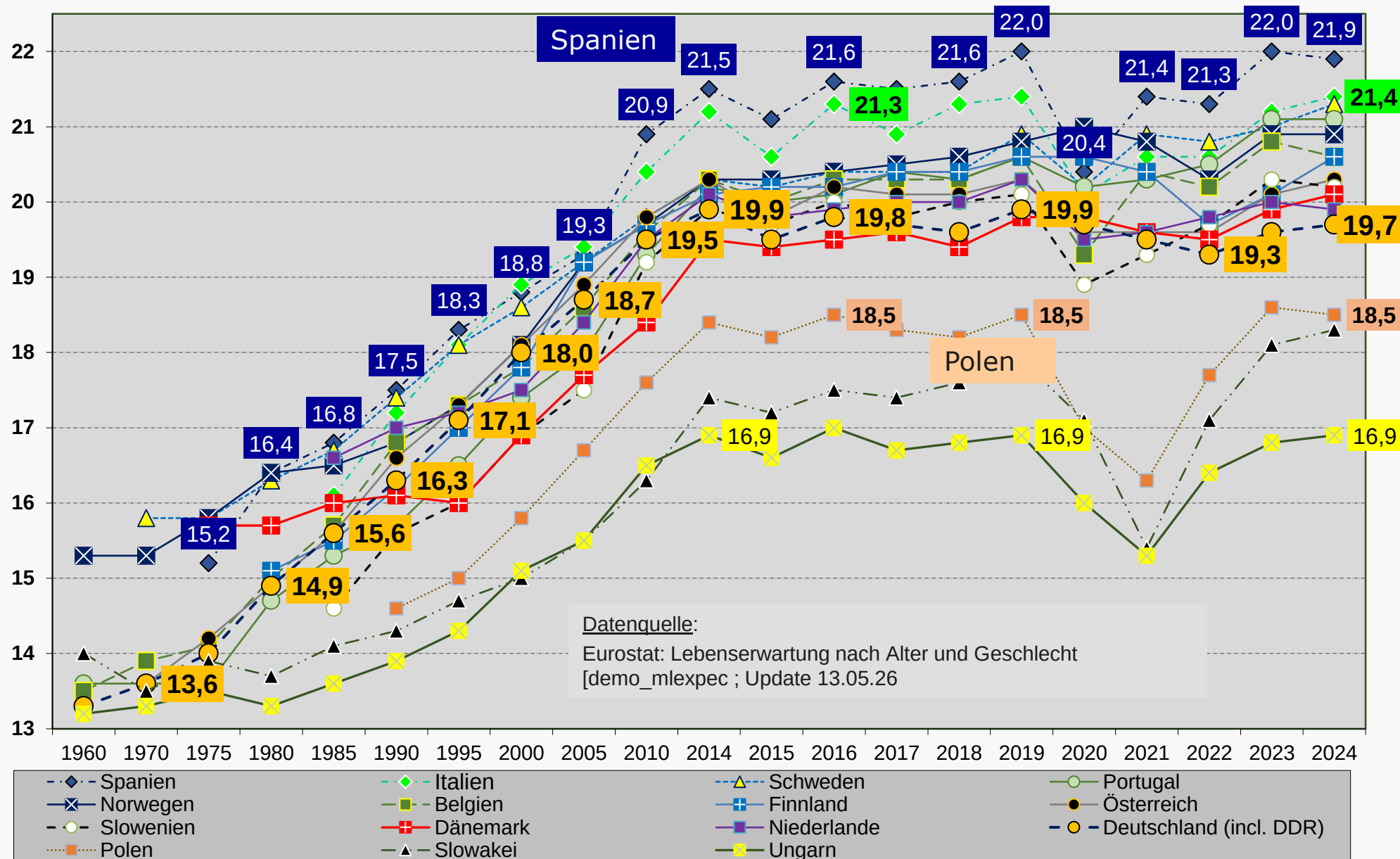
Starker Anstieg bis 2012/2015; dann Seitwärtsbewegung

Datenquelle:

Eurostat: Lebenserwartung nach Alter und Geschlecht [demo_mlexpec ; Update 13.05.26]

Seitwärtsbewegung ab 2014/15 auch bei der Lebenserwartung von 65-jährigen Menschen

Dr. Heintze



Erläuterung.

Auch bei den 65-Jährigen Übergang in eine Seitwärtsbewegung nach 2015

Gesundes Leben = Krankheitsprävention

Gesunde Ernährung bedeutet: (1) Hochverarbeitete Lebensmittel meiden, (2) rd. 30 verschiedene Sorten von Gemüse, Obst, Hülsenfrüchten, Getreidearten, Pilzen, Nüssen und Gewürzen pro Woche; (3) Produkte aus biologischem Anbau bevorzugen; (4) Fleisch- und wurstfreie Tage einbauen

Ungesunde Ernährung erhöht das Risiko für zahlreiche Erkrankungen. Beispiele: (1) Bei jüngeren Erwachsenen (< 50 Jahre) steigt die Darmkrebsrate. Studie sieht im häufigen Verzehr hochverarbeiteter Lebensmittel mögliche Ursache. Quelle: Chen Wang et al. (2025): Ultraprocessed Food Consumption and Risk of Early-Onset Colorectal Cancer Precursors Among Women, doi:10.1001/jamaoncol.2025.4777. (2) Eine 2025 im American Journal of Preventive Medicine (2025; DOI: 10.1016/j.amepre.2025.02.018) veröffentlichte Studie kommt für 8 Ländern und 230.982 Teilnehmer zu dem Ergebnis, dass 3,9 % bis 13,7 % aller vorzeitigen Todesfälle auf den häufigen Verzehr hochverarbeiteter Nahrungsmittel zurückgeht.

Ausreichend Bewegung bedeutet: Ausdauer und Krafttraining von zusammen rd. 4 Std. Der Anteil von Krafttraining sollte mehr als eine Std. betragen; ideal sind 90 bis 120 Minuten. Dies zeigen Studien

- Studie aus 2026 einer Forschungsgruppe um Yiwen Zhang von der Universität Harvard: Langfristiges Krafttraining von 90 -119 Minuten pro Woche **senkt die Gesamtsterblichkeit um 13%, die kardio-vaskuläre Sterblichkeit um 19 %** und die aufgrund **neurologischer Erkrankungen um 27 %**. Zusätzliches Training hat keinen Effekt. Siehe British Journal of Sports Medicine 2026 (DOI: 10.1136/bjsports-2025-110503). Die Studie schloss **147.374 Personen** (31.540 Männer; 115.834 Frauen) über einen Zeitraum von Zeitraum von 30 Jahren ein. Sie basiert auf Daten aus der Health Professionals Follow-up Study (HPFS, 1992–2022), der Nurses' Health Study (NHS, 2002–2021) und der Nurses' Health Study II (NHS II, 2003–2021).

Geplante Steuer auf Zucker in Softdrinks dürfte kaum präventiv wirken. Grund: Zur Steuerumgehung werden die Konzerne Zucker teilweise durch Süßstoff ersetzen. Süßstoff jedoch ist nicht unproblematisch, wirkt z.B. negativ auf das Darmmikrobiom (Quelle: Ärzte-Blatt, 8. Mai 2026)

Vier große Herausforderungen

- 1) Steigende Bedeutung chronischer Gesundheitsprobleme:** Insgesamt, bei den Jugendlichen und bei den Hochaltrigen. Bei den Hochaltrigen liegt die Chronikerquote vielfach so hoch wie in Ländern mit hohen Ausgaben und staatlicher Verantwortung für die Langzeitpflege (Skandinavien, Niederlande)
- 2) Bevölkerungsanteil alter und hochaltriger Menschen ist stark gestiegen.** Dies bringt das familienbasierte deutsche System der Langzeitpflege (LTC) unter Druck. Die Gesunderhaltung der Älteren gelingt hier nicht so gut wie in den servicebasierten Systemen von Skandinavien und den Niederlanden. Folge: Kostenexplosion bei der Krankenversorgung.
- 3) Gesundheitsungleichheit:** Schere geht nach Einkommen/Vermögen, Bildung und Wohnlage seit den 90er Jahren immer weiter auseinander. Folge: Lücke bei der Lebenserwartung ist stark gestiegen.
- 4) Der Klimawandel und die schleichende Zerstörung unserer natürlichen Lebensgrundlagen wird zum größten Gesundheitsrisiko, im Besonderen für Kinder und alte Menschen.** Die Klimakrise selbst ist dabei **nur Teil eines viel größeren Problems**. Durch die Art wie wir produzieren und konsumieren zerstören wir schleichend unsere Lebensgrundlagen. Von 9 planetaren Grenzen sind bereits 6 überschritten: Globale Erwärmung, Funktionsfähigkeit der Biosphäre, Entwaldung, Eintrag von Schadstoffen / Plastik, Stickstoffkreisläufe und Süßwasser. Folge: Das Ökosystem wird zunächst instabil. Sodann kippen einzelne Elemente, was eine Art Dominoeffekt auslösen kann. Aktuell sind wir in der **Destabilisierungsphase**. Quelle: Potsdam-Institut für Klimafolgenforschung (u.a.)

Erste Herausforderung „Zunahme chronischer Erkrankungen“

1) Steigende Bedeutung chronischer Gesundheitsprobleme in Zahlen:

- Anteil der Erwachsenen mit mindestens einer chronischen Erkrankung stieg von **46,4%** (2014) auf **53,7%** (2024). Bei Altersstandardisierung (konstante Altersstruktur) erfolgte ein Anstieg **von 45,9% auf 52,4%** (Quelle: Robert Koch-Institut. Chronisches Kranksein (ab 18 Jahre). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. 2025; <https://gbe.rki.de>; 24.08.25)
- Ältere Bevölkerung (65+): Im EU-Durchschnitt litten 2021/22 **43,5 %** an mindestens 2 chronischen Erkrankungen. In Deutschland sind es weit höhere **49%**. Damit liegt Deutschland unter 26 Ländern, für die Daten auf Platz 19. Noch schlechter schneiden nur einige osteuropäischen Länder und Griechenland ab. 8 Länder erreichen Werte von deutlich < 40% (u.a. die Niederlande, Dänemark, Schweden, Österreich und Italien). Quelle: OECD at a Glance 2024, Tab. 2.13

2) Entwicklung des Anteils älterer Bevölkerung (65+) mit besonders schlechter Gesundheit 2010 -23:

- EU-Weit Abnahme von 24,7 auf 18,5%, **in Deutschland gegenläufig eine Zunahme von 15,2 auf 21,1%**. In Dänemark, Finland, den Niederlanden, Irland und Norwegen liegt der Anteil nur etwa halb so hoch. Den **Niederlanden** gelang eine Stabilisierung bei **unter 9%** (bester Wert). Quelle: OECD at a Glance 2024, Tab. 2.8

2) Was ist für die Zukunft zu erwarten? Wahrscheinlich eine **Problemzunahme**, denn

- Die Krankheitslast durch Muskel-Skelett-Erkrankungen (MSE) hat in den vergangenen 3 Jahrzehnten kontinuierlich zugenommen. Dies kostet gesunde Lebensjahre und verursacht in den 36 untersuchten Ländern Kosten von geschätzt 327,68 US-Dollar (Bericht chinesischer Forscher in der Fachzeitschrift Annals of the Rheumatic Diseases; 2026; <https://doi.org/10.1016/j.ard.2026.05.001>)
- Anteil adipöser Kinder hat EU-weit zugenommen (2010 bis 2020 um **5 Prozentpunkte**). Damit steigt das Risiko für die Entwicklung chronischer Erkrankungen (Diabetes, Herz-Kreis-Lauf, Magen-Darm usw). Deutschland liegt im Mittelfeld (24% der Jungen und 18% der Mädchen ist übergewichtig) Quelle: OECD at a Glance 2024, Tab. 4.20
- Erfolge bei der Suchtprävention schwinden aufgrund der **Ausbreitung neuer Suchtproblematiken** (Vaupen und internetbezogene Störungen bei Jugendlichen. Quelle: Bundesdrogenbeauftragter: <https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/>; 7.9.25
- Schlechte Ernährung von Jugendlichen ist europaweit ein riesiges Problem (zu wenig frisches Obst und Gemüse, zu viele hochverarbeitete Lebensmittel, zu viele Softdrinks). Kein Land weist gute Ergebnisse auf; Quelle: OECD HaG24, Tab. 4.12

Zweite Herausforderung: Der demografische Wandel

Bevölkerungsanteil alter und hochaltriger Menschen ist stark gestiegen: Im Zeitraum vom 1.1.95 bis 1.1.24 stieg die Zahl der Ab-75-Jährigen in DE von 5,12 Mio auf 8,35 Mio. (+ 3,23 Mio. = + 78,5%); Quelle: Eurostat. Da ab dem Alter von 75 Jahren der Unterstützungsbedarf stark anwächst, findet bei der Pflegebedürftigkeit eine überproportionale Zunahme statt. Die Zahl anerkannt Pflegebedürftiger lag 1999 bei 2,02 Mio., **2015 bei 2,86 Mio.** (+ 42% in 16 Jahren) und erreichte **Ende 2025 6,4 Mio.** (Verdoppelung in 9 Jahren): Quellen: Destatis und BGM (Daten und Fakten, 6-2026).

Aus den Veränderungen erwachsen erhöhte Anforderungen an Pflege und Betreuung

- **Krankenhäuser:** Der Pflegedienst muss in der Lage sein, **Patienten mit Mehrfacherkrankungen und Demenz** angemessen zu versorgen. Höherqualifizierung und mehr Personal sind nötig. Studien zeigen, dass die Mortalität sinkt, wenn ein Drittel des Pflegepersonals über eine akademische Ausbildung verfügt und 1 Kraft max. 6 Patienten betreut. Grundständische Akademisierung der Pflege ist überfällig, findet aber nicht statt
- **Patienten benötigen nach dem Krankenhausaufenthalt gesicherte pflegerische Nachversorgung**
- Menschen über 80 Jahren sind in hohem Maße unterstützungsbedürftig: Versorgung, Betreuung und Aktivierung **in der eigenen Häuslichkeit** werden immer wichtiger.
- Pflegenden Angehörige sind überfordert; Die Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit gewinnt an Brisanz (Careaufgaben als Hürde für die Steigerung der Vollzeitbeschäftigung von Frauen)
- **Demenzkranke** benötigen **strukturierte Tagesangebote** (keine Standardlösungen, sondern passgenau) und **feste Bezugspersonen in einem stabilen Umfeld.**
- **Insgesamt gilt:** Versorgung + Aktivierung sollte personenzentriert und sektorübergreifend erfolgen mit Stärkung der individuellen Gesundheitsressourcen

Dritte Herausforderung: Gesundheitsungleichheit

Gesundheitsungleichheit nach Einkommen und Vermögen:

- **USA:** Studien (Harvard und Stanford): Differenz zwischen dem reichsten und ärmsten Prozent betrug **2014** fast **15 (Männer) resp. 10 Jahre (Frauen)**. Methode: Verknüpfung der Daten der Steuerbehörden und Krankenversicherungen.
- **Deutschland: Kaum Daten verfügbar**
Studie von Karl Lauterbach aus dem Jahr 2006: Frauen mit einem Bruttoeinkommen von mehr als 4.500 € werden 87,2 Jahre alt (Bruttoeinkommen von < als 1.500 €: 78,4 Jahre). **Dem GAP von 8,8 Jahren bei Frauen entsprach bei Männern ein GAP 8,9 Jahren** (Quelle: Lauterbach et al. 2006: Zum Zusammenhang von Einkommen und Lebenserwartung, Köln)

Gesundheitsungleichheit nach Wohnlage hat stark zugenommen:

Das Robert-Koch-Institut (RKI) hat die Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen den wohlhabendsten und den sozioökonomisch am stärksten deprivierten Regionen untersucht. Dazu Verknüpfung von Todesursachen- und Bevölkerungsstatistik in tiefer regionaler Gliederung. **Ergebnis:** Im Zeitraum **2020 bis 2022** lag die Lebenserwartung der sozial benachteiligten Bevölkerung um **4,3** Jahre (Frauen) resp. **7,2** Jahre (Männer) niedriger als die der sozial gut gestellten Bevölkerung. **Anfang der 2000er** Jahre betrug sie noch **2,6** Jahre bei Frauen und **5,7** Jahre bei Männern
Quelle: RKI <https://www.rki.de/DE/Themen/Gesundheit-und-Gesellschaft/Sozialer-Status/2025-03-17-Armut-und-Gesundheit.html>

Handlungsoptionen

- Übergreifend:
 - (1)** Reduktion der Ungleichheit durch Umverteilung (Vermögensabgabe, Vermögensbesteuerung, höhere Erbschaftssteuer, Erhöhung des Spitzensteuersatzes, Schließung von Steuerschlupflöchern usw.).
 - (2)** Soziale Durchmischung in Bildungseinrichtungen, Wohngebieten etc. durch Stärkung des Öffentlichen
- Herausforderungen für das Gesundheitssystem: Stärkung von Gesundheitskompetenz und niedrigschwelliger Angebote.
 Stichworte: Gesundheitspfleger an jeder Schule; Gesundheitskioske in sozialen Brennpunktgebieten (u.a.)

Vierte Herausforderung: Gesundheitsgefahren durch Klimakrise und ökologische Destabilisierung - 1

(1) WHO-Warnung: "Climate change presents a **fundamental threat to human health**. It affects the physical environment as well as all aspects of both natural and human systems – including social and economic conditions and the functioning of health systems. It is therefore a **threat multiplier, undermining and potentially reversing decades of health progress**. As climatic conditions change, more frequent and intensifying weather and climate events are observed, including storms, extreme heat, floods, droughts and wildfires. These weather and climate hazards affect health both directly and indirectly, increasing the risk of deaths, noncommunicable diseases, the emergence and spread of infectious diseases, and health emergencies. " Die WHO rechnet für die Zeitspanne von 2030 bis 2050 **mit jährlich annähernd 250 Tsd. zusätzlichen Todesfällen**. WHO: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health>

(2) Mehr und intensivere Extremereignisse. Beispiel Hochwasser: Im Zeitraum 2004–2023 gab es in Europa (ohne Russland) **330** Hochwasserereignisse verglichen mit **219** im Zeitraum von 1984–2003 (**Zunahme: +51%**). Die Zahl der betroffenen Menschen stieg **von 4,6 Mio. auf 6,5 Mio. (+ 43%)** und der wirtschaftliche Schaden um 12%. Ohne die Maßnahmen des Hochwasserschutzes hätte es mehr Menschen getroffen und wären die Schäden größer gewesen. Quelle: Internationalen Disaster Datenbank (EM-DAT). **Heißsommer 2026** verursachte in Deutschland mit Stand 8-26 rd. 17 Tsd. vorzeitige Sterbefälle (Quelle: RKI, Wochenbericht KW 33/2026)

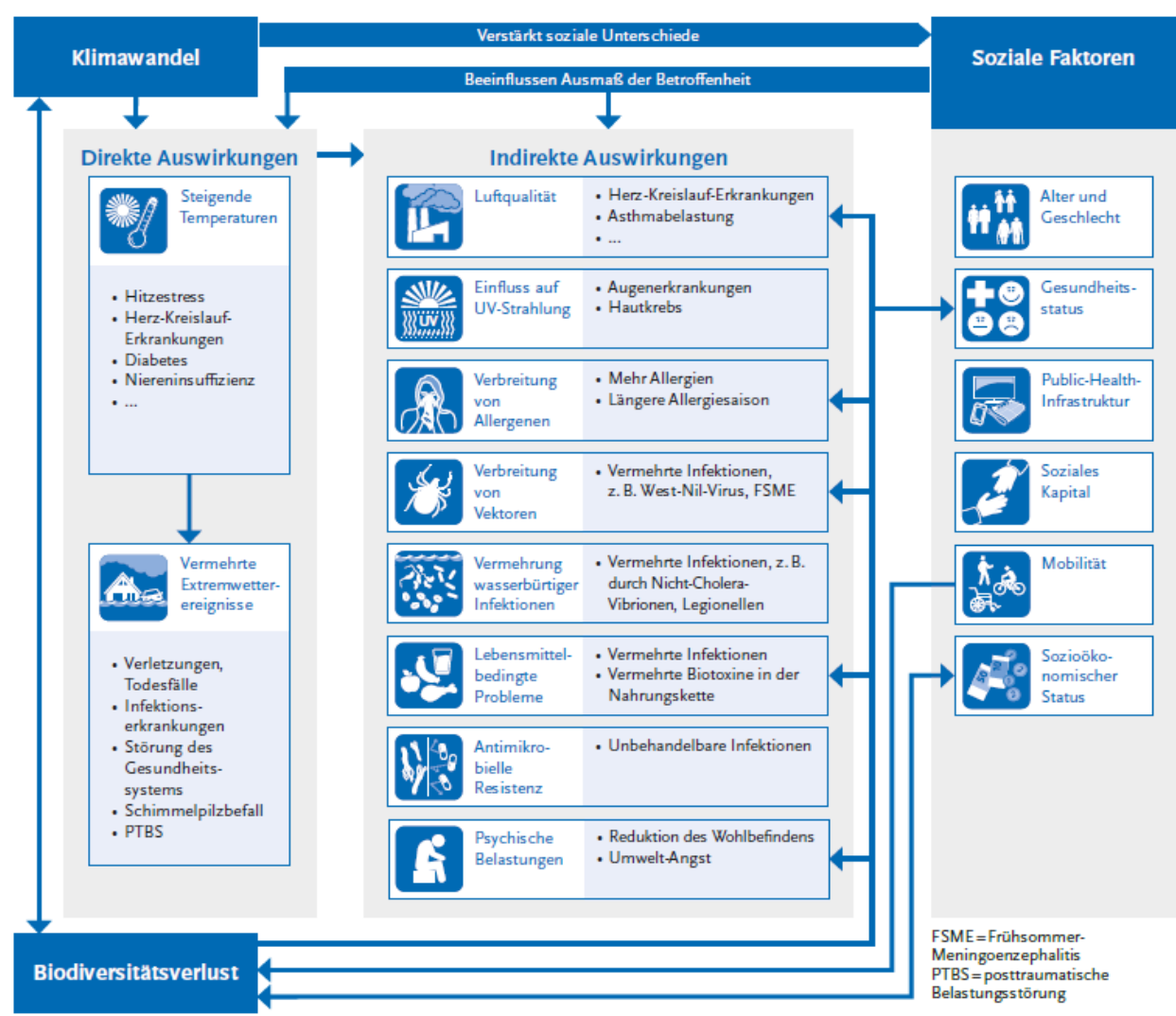
(3) Die Attributionsforschung kann Todesfälle aufgrund von Bänden, langanhaltender Dürre, Überschwemmungen etc. zu-rechnen. Beispiel: Die **feuerbedingten Todesfälle** durch Luftverschmutzung haben sich gegenüber den 60er Jahren mehr als **verzehnfacht**. Quelle: Chae Yeon Park, Kiyoshi Takahashi et al. (2024): Attributing human mortality from fire (DOI: 10.1038/s41558-024-02149-1). Der Heißsommer des Jahre 2026 mit großflächigen Waldbränden von Portugal und Spanien über Frankreich bis nach Osteuropa wäre ohne den menschengemachten Klimawandel gar nicht möglich gewesen.

(4) Infektionserkrankungen nehmen weltweit zu, tropische Erkrankungen dringen nach Mitteleuropa vor (Vgl. The 2024 report of the Lancet Countdown on health and climate change: facing record-breaking threats from delayed action, The Lancet: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)01822-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)01822-1/fulltext); 31.10.24.

Handlungsnotwendigkeiten: Generell

Die **Entnahme von Ressourcen** muss so reduziert werden, dass sich menschliches Wirtschaften und Konsumieren an die planetaren Grenzen anpasst. Maßnahmen der Klimaanpassung (grüner Stadtumbau etc.) sind dafür kein Ersatz.

Vierte Herausforderung: Gesundheitsgefahren aufgrund von Klimakrise und ökologischer Destabilisierung - 2



Quelle: RKI (2023): Sachstandbericht Klimawandel und Gesundheit 2023, S. 16.

Von Resilienz und Klimaneutralität ist das deutsche Gesundheitssystem weit entfernt. Nach einer Erhebung des Potsdam-Instituts für Klimafolgenforschung (PIK) stand es in 2019 für **6% der bundesdeutschen Emissionen**. Eine Reduktionstrategie existiert nicht. **Die Hitzewelle von 2026 offenbarte:** Nur 38% der Krankenhäuser verfügen über Klimaanlage, nur eine Minderheit der Städte über Hitzeschutzpläne usw. Mehr als 150 Organisationen aus Gesundheitswesen, Pflege, Wohlfahrt und Zivilgesellschaft verlangen verbindliche Strukturen, klare Zuständigkeiten und die Aufnahme von Hitzeschutz in Krisenvorsorge und Katastrophenschutz (Quelle: Ärzteblatt Nr. 7./26 vom 13.7.26). **Schon am 5.11.24 hatte ein Bündnis aus Medizin und Klimaforschung** in einem Policy-Brief von der Bundesregierung die Festlegung auf einen **Maßnahmenplan und dessen Finanzierung** gefordert (zit nach Ärzteblatt: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/155440/Klimaneutraler-Gesundheitssektor-benoetigt-klare-politische-Vorgaben>). Passiert ist nichts. Weltweiter **Vorreiter** bei der klimaneutralen Umgestaltung des Gesundheitssystems **ist der britische NHS**. Er verfügt über eine Strategie und ist dabei, einzelne Maßnahmen (Umstellung der Anästhesie und anderes mehr) zu implementieren. Aktuell liegt der GS-Anteil an den UK-Treibhausgas-Emissionen bei gut **4%**.

Wie gut ist unser Gesundheitssystem für die Bewältigung der großen Herausforderungen gerüstet?

Nötig wären

(1) **Kitas:** Kinder müssen ihr Riech- und Schmecksystem in Richtung gesunder Ernährung entwickeln. Dies müssen sie mit einer breiten Palette an frischen Lebensmitteln Bekanntschaft machen, auch selbst kochen.

(2) **School-Nurses:** Gab sie in der Weimarer Republik (große Städte) und in der DDR. Im vereinigten Deutschland existiert aktuell kein Studiengang für School-Nurses und kein Geld für flächendeckende Umsetzung.

(3) **Integrierte Versorgung mit multiprofessionellen Teams.** Stattdessen gibt es Sektorenabschottungen und multiprofessionelle Teams als Ausnahme, nicht als Regel.

(4) **Starker öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) als 3 Versorgungssäule:**

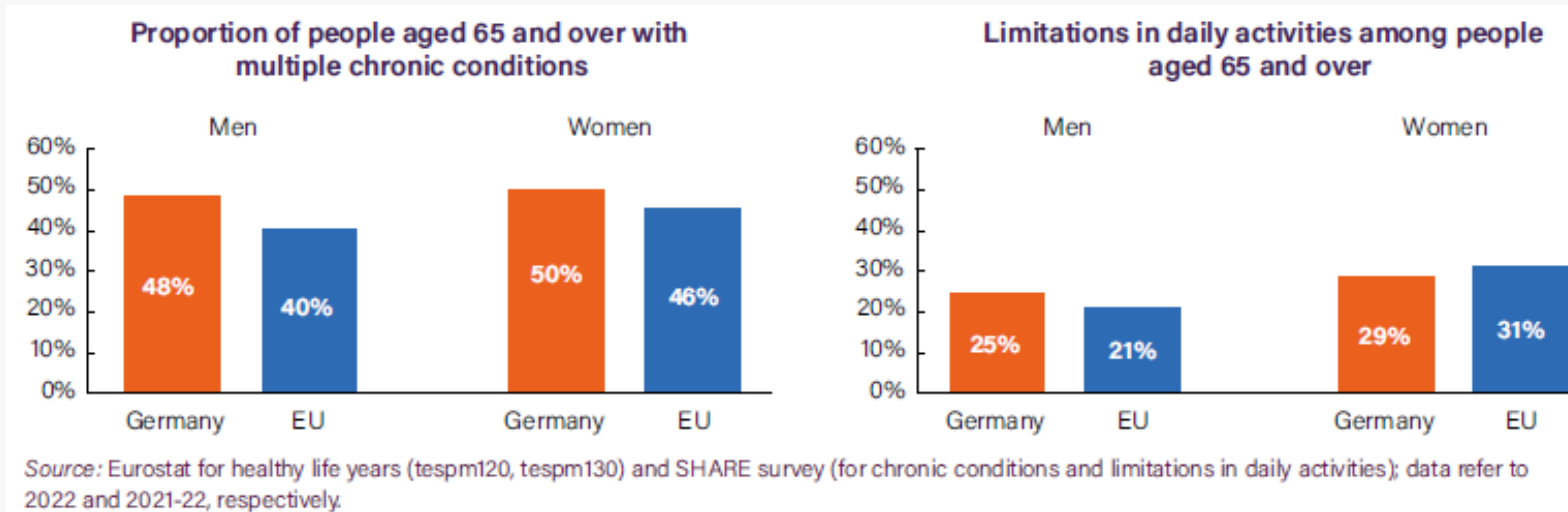
- **Gesundheitskiosken** an sozialen Brennpunkten (Steuer- oder umlagefinanziert)
- **Erweiterte Kompetenzen der Gesundheitsämter** (Steuerung der Gesundheitsvorsorge bei Extremwetter etc.)

Etablierung von Gesundheitskiosken scheiterte unter der Ampel. Koalition aus CDU/CSU und SPD sieht keine Weiterentwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes vor. **Im Gegenteil.** In der Pandemie war hektisch ein Pakt für den ÖDG mit 5.000 zusätzlichen Stellen geschmiedet worden. Die Finanzierung läuft in 2026 aus. Statt sie fortzusetzen vereinbarten Union und SPD Prüfung, wie man den ÖGD nach dem Ende des Paktes weiterhin unterstützen kann. Dies ist eine Beerdigung. **Nachhaltige Lehren wurden aus der Pandemie nicht gezogen.**

(5) **Sicherung der Gesundheitsversorgung im Katastrophen- und Kriegsfall** (Überschwemmungen, Zusammenbruch der Stromversorgung usw.). Großes Thema in den nordischen Länder: **Norwegen:** "The regional health authorities are responsible for having preparedness plans for war and crises, including plans for prioritising healthcare personnel." : **Finnland:** Debatte, "whether Finland should build hospitals partially underground, similar to facilities in Narvik in Norway and Kiruna in Sweden." <https://www.nordiclabourjournal.org/>; 28.08.25

FAZIT: Die deutsche Politik verweigert angemessene Antworten auf die großen Herausforderungen.

2



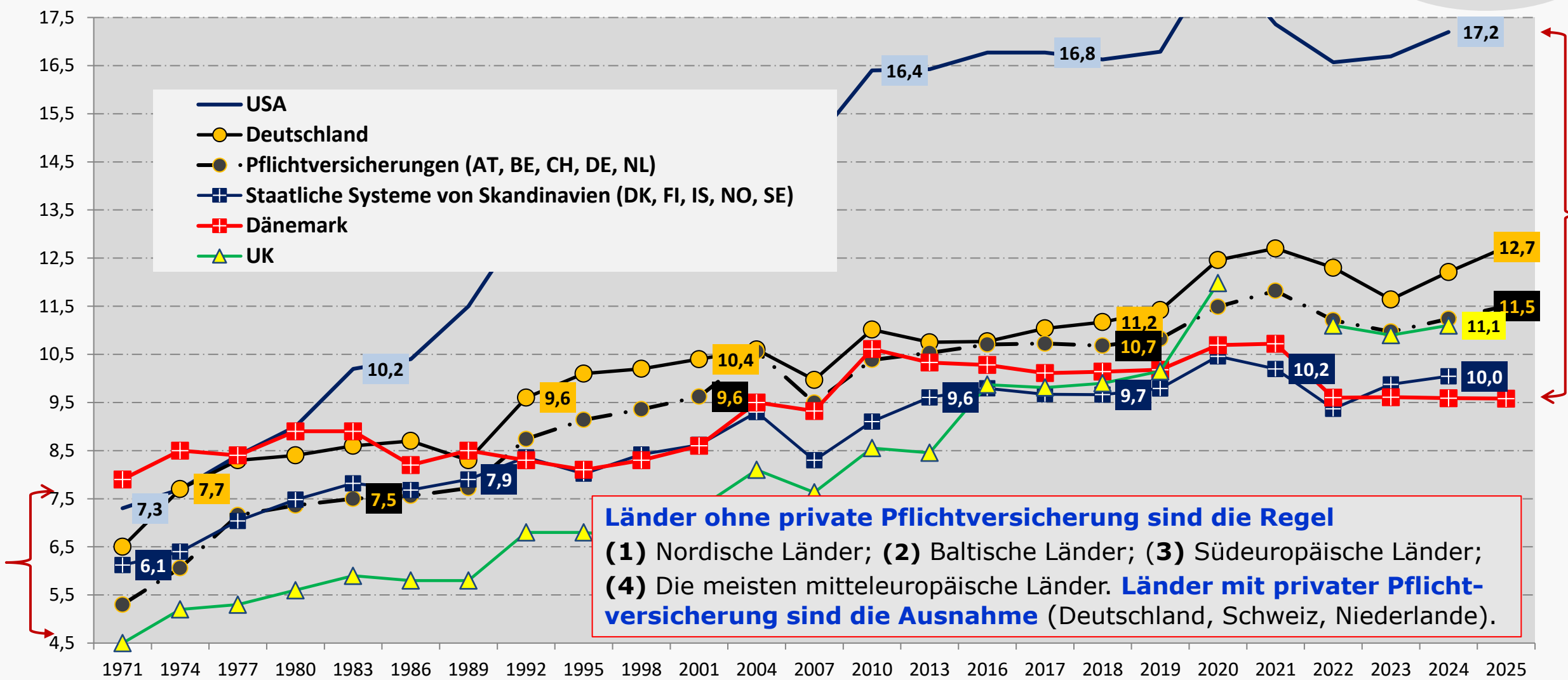
Quelle: EU Kommission 2025, State of Health in the EU – Germany Country Health Profile 2025, S. 3

Teuer, wenig effektiv und ungerecht: Zentrale Facetten des deutschen Systems

- Ausgaben und Ausgabensteigerungen sind überdurchschnittlich
- Die Qualität ist nur Mittelmaß
- Hohes Niveau vermeidbarer Krankenhauseinweisungen – einige Gründe
- **Beitragssatzentwicklung** und die **Haupttreiber** hinter den starken Ausgabensteigerungen
- Was an kurzfristigen und strukturellen Maßnahmen zur Kostendämpfung nötig wäre?

Zweitteuerstes Gesundheitssystem nach den USA, teuerstes System in Europa (laufende GS-Ausgaben in % des BIP)

Dr. Heintze



Quellen: 1) OECD, Health Data (Zugriff in 9-25); 2) Eurostat: Gesundheitsausgaben nach Finanzierungssystemen [hlth_sha11_hf]; Update vom 02.09.2026; eigene Auswertung

Und die Qualität der Gesundheitsversorgung ist im Vergleich nur durchschnittlich

	Life expectancy ¹		Avoidable mortality ²		Chronic disease morbidity (2022)		Self-rated health (2024) ³
	Years of life at birth		Deaths per 100 000 population (age-standardised)		Diabetes prevalence (% adults, age-standardised)		Population in bad/very bad health (% population aged 15+)
OECD	81.1	+	222	+	8.6	-	8.0
Australia	83.0	+	146	+	8.1	-	3.8
Austria	81.9	+	175	+	5.2	-	8.4
Belgium	82.5	+	184	+	6.7	-	8.3
Denmark	81.8	+	175	+	2.3	+	7.7
Estonia	79.1	+	323	+	8.8	-	12.3
Finland	81.6	+	191	+	7.4	-	6.1
France	83.0	+	162	+	2.7	+	9.7
Germany	81.1	+	195	+	6.6	+	10.9
Greece	81.8	+	213	-	7.2	-	7.0
Hungary	76.7	+	390	+	11.2	-	9.6
Iceland	82.4	+	150	+	5.4	-	7.5
Ireland	82.9	+	166	+	7.8	-	4.8
Netherlands	81.9	+	149	+	6.4	-	6.0
New Zealand	82.0	+	N/A	N/A	9.0	-	2.9
Norway	83.1	+	N/A	N/A	5.6	-	9.7
Poland	78.4	+	316	-	10.8	-	9.8
Portugal	82.5	+	180	+	7.4	-	12.1
Slovak Republic	78.2	+	297	+	8.9	-	11.9
Slovenia	82.0	+	187	+	10.8	-	8.4
Spain	84.0	+	142	+	3.6	+	7.3
Sweden	83.4	+	133	+	5.1	-	8.0
Switzerland	84.3	+	114	+	4.3	-	4.4
Türkiye	77.3	+	287	-	16.6	-	7.1
United Kingdom	81.0	+	227	-	8.8	-	8.3
United States	78.4	-	312	-	12.5	-	3.4

In Europa schneiden bei der Diabetes-Prävalenz folgende Länder besser ab als der OECD-Durchschnitt:

1. Dänemark (2,3)
2. Frankreich (2,7)
3. Spanien (3,6)
4. Schweiz (4,3)
5. Schweden (5,1)
6. Österreich (5,2)

Deutschland liegt im Mittelfeld (6,6). In den USA liegt die Prävalenz doppelt so hoch

Quelle:
OECD 2025: Health at a Glance, S. 17

Table 1.5. Dashboard on quality of care, 2023 (unless indicated)

	Safe primary care ¹		Effective primary care ²		Effective preventive care ³		Effective secondary care ⁴	
	Antibiotics prescribed (defined daily dose per 1 000 people)		Avoidable hospital admissions (per 100 000 people, age-sex standardised)		Mammography screening within the past 2 years (% women aged 50-69)		AMI 30-day mortality following AMI or stroke (per 100 000 people, age-sex standardised, unlinked data)	Stroke
OECD	15.6	+	473	+	55.5	+	6.5	7.7
Australia	17.8	+	606	+	51.3	-	3.3	4.1
Austria	9.5	+	440	+	40.1	+	6.0	6.0
Belgium	19.1	+	529	+	58.0	-	7.0	8.0
Denmark	14.3	+	514	+	83.3	-	4.5	4.9
Estonia	11.2	-	384	+	64.5	+	9.1	8.0
Finland	11.1	+	411	+	81.5	-	7.0	9.4
France	22.3	+	N/A	N/A	46.7	-	N/A	N/A
Germany	11.7	+	810	+	52.0	-	7.9	7.0
Greece	26.7	+	N/A	N/A	14.5	N/A	N/A	N/A
Hungary	13.1	+	N/A	N/A	47.7	+	6.5	7.7
Iceland	17.2	+	343	+	56.0	-	2.5	8.9
Ireland	20.7	-	545	+	69.3	-	5.6	6.8
Italy	21.2	+	224	+	55.4	-	4.7	6.9
Japan	10.0	+	N/A	N/A	44.7	+	4.9	2.1
Korea	25.5	-	376	+	70.1	+	8.4	3.3
Netherlands	8.8	+	364	+	70.2	-	2.9	5.1
New Zealand	N/A	N/A	N/A	N/A	67.9	-	4.6	6.7
Norway	14.1	+	458	+	76.6	+	2.6	4.0
Poland	21.8	-	809	+	37.3	N/A	6.7	10.5
Portugal	18.0	-	236	+	55.5	N/A	7.1	9.3
Slovak Republic	19.0	+	728	+	42.7	N/A	5.4	7.6
Slovenia	11.9	+	402	+	77.5	-	5.7	11.7
Spain	22.5	-	426	+	N/A	N/A	6.3	9.4
Sweden	8.7	+	384	+	83.0	N/A	3.4	4.9

- 1) Vermeidung von Krankenhausaufenthalten: In Italien und Portugal kommen auf 100.000 EW **weniger als 240 Krankenhausweisungen** verglichen mit **810 in Deutschland**.
- 2) Todesfälle bei Herzinfarkten (Schlaganfällen) auf 100.000 Personen: Überdurchschnittlich gut mit < als 3,5 Todesfällen schneiden bei Herzinfarkten Australien, Island, die Niederlande, Norwegen und Schweden ab. Überdurchschnittlich gut mit < als 4,2 Todesfällen schneiden bei **Schlaganfällen** Australien, Japan, Südkorea und Norwegen ab. Deutschland ist bei diesem Indikator nur Durchschnitt

Quelle:
OECD 2025: Health at a Glance, S. 23

Das schlechte Abschneiden verweist auf qualitative Mängel in der Langzeitpflege und Primärversorgung (Einzelarztpraxen und MVZ).

(1) Vermeidbare reguläre Krankenhausbehandlungen von Pflegebedürftigen

- Studie der Universität Witten/Herdecke mit Projektpartnern aus 2021 zur Thematik der Pflegesensitiven Krankenhausbehandlungen (PSK). **Ergebnis:** Bei guter pflegerischer Versorgung ließen sich 35% der Krankenhauseinweisungen vermeiden (Valk-Draad et al. 2023).
- Barmer Pflegereport 2023: Ein Viertel resp. bis zu 1,3 Mio. Krankenhausaufenthalte wären bei besserer Versorgung vermeidbar.

(2) Vermeidbare Notfalleinweisungen stationär versorgter Pflegebedürftiger

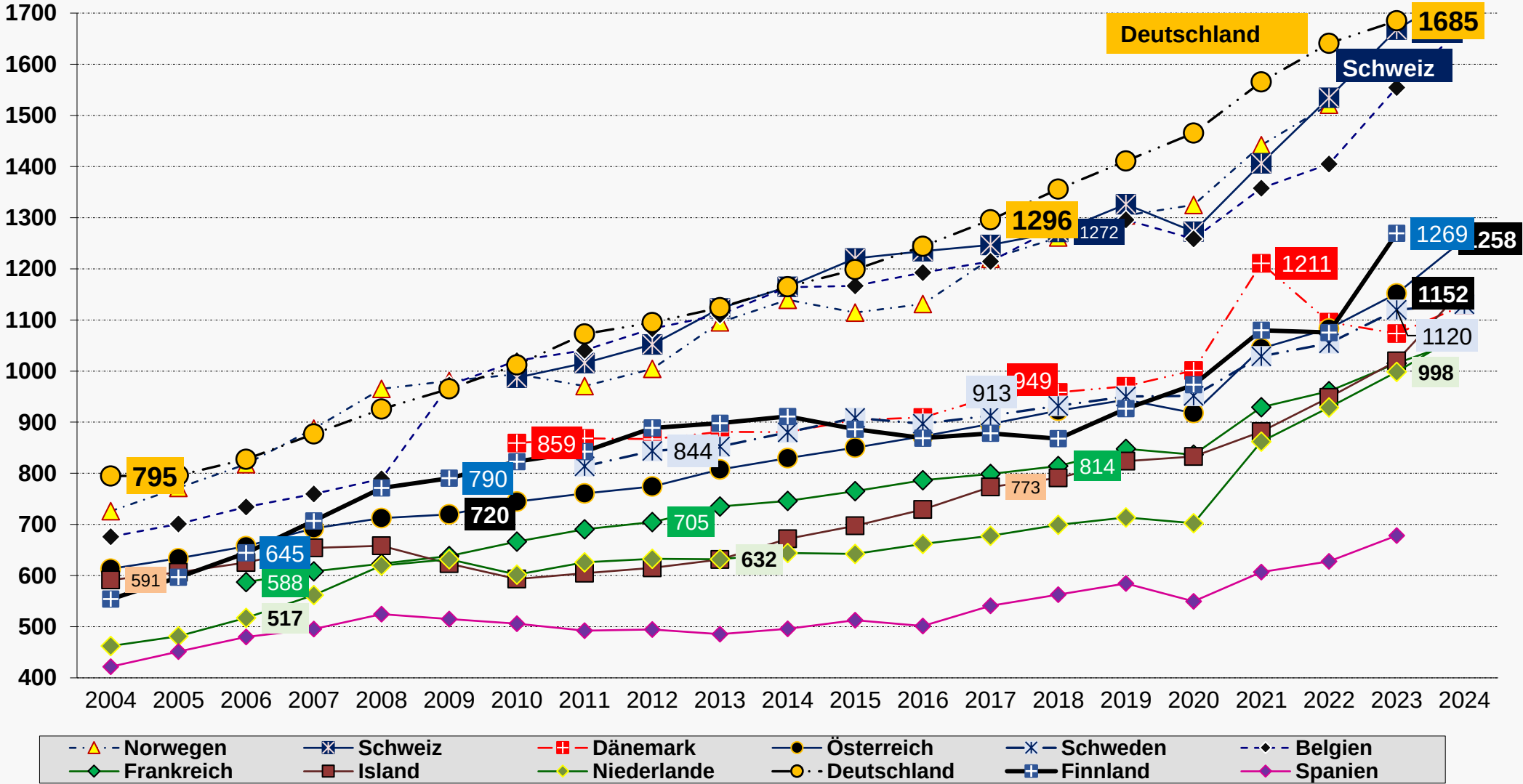
- GKV-Studie „Notfalleinweisungen minimieren. Studie zu Umfang und Notwendigkeit von Notfalleinweisungen alter und hochaltriger Menschen aus stationären Pflegeeinrichtungen (NoMi)“: https://www.gkv-90prozent.de/ausgabe/28/meldungen/28_notfalleinweisungen/28_notfalleinweisungen.html; 11.01.25). **Hauptbefund:** Pflegeheime greifen schnell zwecks Verschiebung der Verantwortung schnell zum Mittel der Notfalleinweisung, wenn Heimbewohner*innen eine Krise erleben. Bei ungefähr der Hälfte der untersuchten Fälle war die Einweisung medizinisch nicht indiziert; die Heimbewohner*innen konnten das Krankenhaus binnen eines Tages wieder verlassen.

Schlussfolgerungen:

- 1) Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege müssen integriert und ganzheitlich gedacht, gesteuert und organisiert werden.** Dies ist im hyperkomplex-fragmentierten deutschen Gesundheitssystem kaum möglich. Auf die Agenda gehört deshalb die Versäulung über 5 Sozialversicherungszweige mit 11 Sozialgesetzbüchern. **Keine Partei hat dies im Programm!!!!**
- 2) Die Pflege muss grundständisch so akademisiert werden,** dass **mindestens 20 Prozent der Pflege-Fachkräfte** auf Augenhöhe mit der Medizin agieren **können und dürfen**. **Vorbild könnte Österreich** sein, wo die Ausbildung der nichtärztlichen Fachkräfte der gesundheitlichen Versorgung seit 2016 sukzessive akademisiert wurde. Seit 1.1.2024 werden Pflegefachkräfte an 11 Fachhochschulen ausgebildet (bei Spezialisierung auf Kinderpflege + Geriatrie dauert das Studium 5 Jahre). Die nichtakademische Ausbildung zur Pflegefachassistenz dauert 3 Jahre und entspricht damit dem Niveau der Fachkräfteausbildung in Deutschland. **Hinweis:** Deutschland plant eine bundeseinheitliche Pflegeassistentenausbildung mit einer Dauer von nur 18 Monaten.

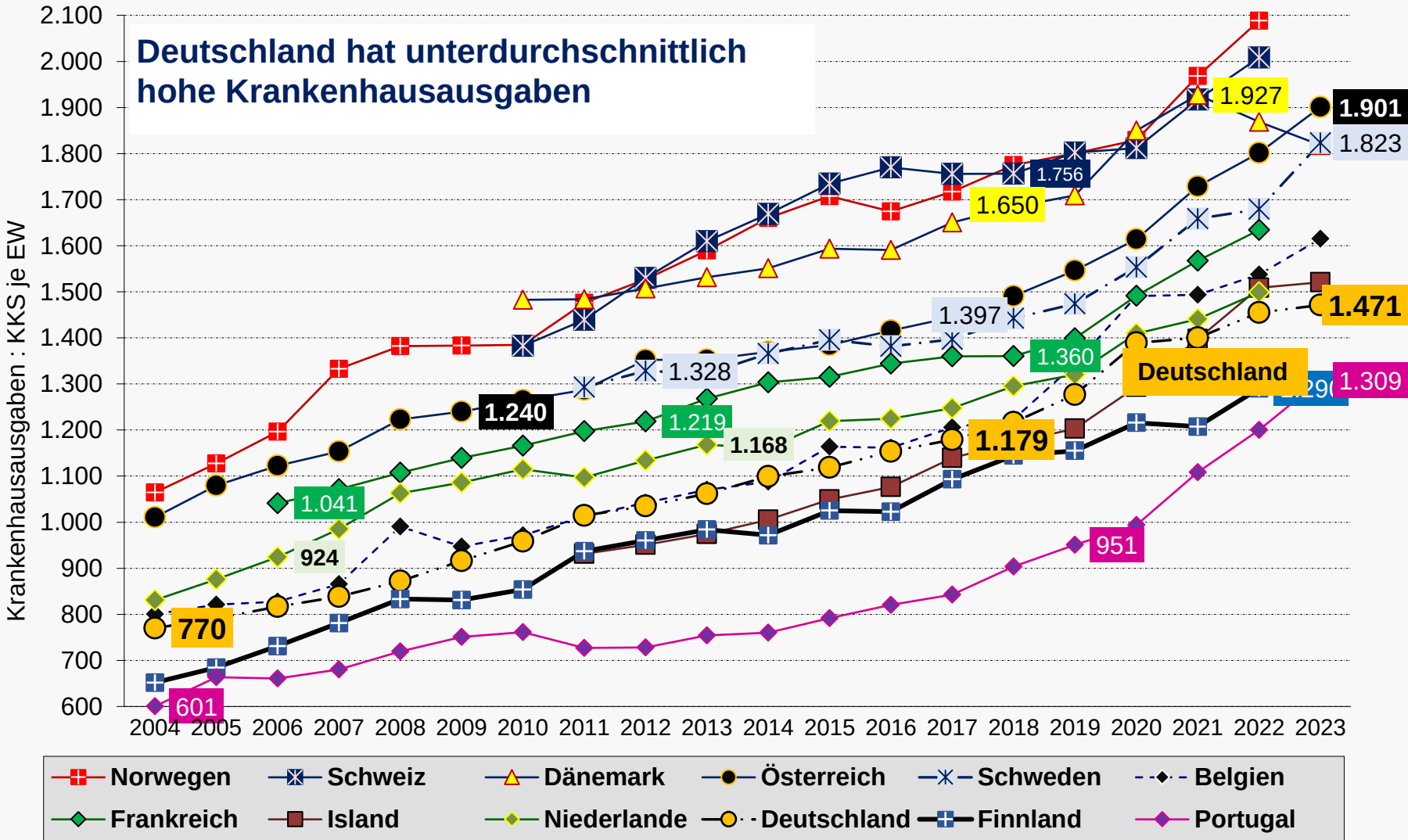
Literaturhinweise: **1)** Barmer Pflegereport 2023. Pflegebedürftige im Krankenhaus, (Autoren: Rothgang, H./Müller, R.), Berlin; **2)** Valk-Draad, M. P. et al. (2023): Pflegeheim-sensitive Krankenhausfälle und Ansätze zur Verringerung der Hospitalisierung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern. Bundesgesundheitsbl 66, 199–211: <https://doi.org/10.1007/s00103-022-03654-4>

Ausgaben für ambulante Versorgung (KKS je EW) liegen im Spitzenfeld



Quelle: Eurostat, Gesundheitsausgaben nach Leistungserbringern [hlth_sha11_hp]; Update vom 2.09.2026

KH-Ausgaben (KKS je EW) liegen nur im Mittelfeld – trotz der Bettenüberkapazität



BGM zum Erfordernis der KH-Reform

„Deutschland hat mit ca. 1700 Krankenhäusern die höchste Krankenhaus- und Bettendichte in Europa. Bis auf Österreich gibt kein Land in Europa pro Kopf mehr für Krankenhäuser aus als Deutschland“

Beide Behauptungen stimmen nicht. Bei der KH- und Bettendichte liegt DE im Spitzenfeld; bei den KH-Ausgaben im unteren Mittelfeld.

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/krankenhausreform/faq-krankenhausreform.html>

14.12.2024

Quelle: Eurostat, Gesundheitsausgaben nach Leistungserbringern [hlth_sha11_hp]; Update vom 21.08.2025

Ignorierte Erklärungsfaktoren der übermäßigen Ausgabenentwicklung

1) Ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärzte und Medizinische Versorgungszentren ist **viel teurer** als die Primärversorgung in den Niederlanden oder Skandinavien. Integrierte Versorgung mit Aufwertung der Pflege steigert dort die Qualität und die Kosteneffizienz.

Nirgends (EU, OECD) **sind die Arzteinkünfte so hoch und so ungleich verteilt wie in Deutschland**

➤ **Ergebnis der letzten Destatis-Kostenstrukturerhebung**

Mittleres Brutto-Jahresgehalt (Reinertrag): ca. **296.000 €**

Dabei extreme Spannweite zwischen und innerhalb der gleichen Facharztgruppen.

➤ **Internationaler Vergleich:**

In DE liegt das Ärzte-Einkommen beim **Vier- bis Fünffachen** des durchschnittlichen Einkommens. In der OECD ist dies bei Allgemeinärzten der höchste Wert (OECD HaG 2025, S. 185). Nur Fachärzte verdienen in Südkorea relativ noch mehr. In Ländern mit staatlichem System, ebenso in den Niederlanden liegen die Werte beim 2 bis 3-Fachen (UK: 3,5Fachen). Nur Spezialisten erzielen in stark kommerzialisierten Systemen wie z.B. Chile oder Ungarn ähnlich hohe Einkommen.

Quelle: OECD Health Statistics 2025, S. 185ff.

2) Pharmaindustrie Deutschland leistet sich pro Einwohner die europaweit höchsten Arzneimittelausgaben

Ausgaben für Arzneimittel + medizinische Verbrauchsgüter				
(KKS je Einwohner)				
	2011	2019	2024	Zunahme 2010 - 2024
Deutschland	496	624	808	63%
Schweiz	466	574	749	62%
Frankreich	469	454	514	10%
Österreich	408	468	585	47%
Belgien	407	412	514	27%
Finnland	341	383	427	25%
Schweden	344	360	457	32%
Norwegen	302	322	380	36%
Niederlande	324	287	333	3%
Dänemark	249	249	328	28%

Eurostat, Gesundheitsausgaben nach Funktionen
[HLTH_SHA11_HC], Update 02.09.2026

Ignorierte Erklärungsfaktoren der übermäßigen Ausgabenentwicklung

3) Das stark gegliederte Gesundheitssystem bedingt hohe Verwaltungskosten (2023/24).

Die meisten staatlichen Gesundheitssysteme haben geringe Verwaltungskosten:

Finnland	32 KKS/EW;
Schweden	58 KKS/EW;
Italien	62 KKS/EW;
Island	76 KKS/EW.

Pflichtversicherungssysteme haben weit höhere Verwaltungskosten

Belgien	157 KKS/EW;
Niederlande	161 KKS/EW;
Schweiz	272 KKS/EW;

Deutschland 242 KKS/EW.

Quelle: Gesundheitsausgaben nach Funktionen [hlth_sha11_hc]; Update 02.09.2026

4) Vermarktlichung und Kommerzialisierung der Gesundheitsversorgung treiben die Kosten ohne einen Mehrwert für die Bevölkerung

- Zu wenig integrierte Versorgung
- Zu viele medizinisch kontraindizierte, aber lukrativ vergütete Eingriffe (**Fallpauschalen als Mengentreiber**)
- Renditegetriebene Mittelabschöpfung
- Ausweitung Individuelle Gesundheitsleistungen (Igel): Für Ärzte Zusatzeinnahmen, für Patienten nutzlos bis schädlich
- Spekulative Geldanlagen von Kassen und KVen

Beispiele:

1. Auf 100.000 EW gibt es **mehr operative Eingriffe** als in vergleichbaren Ländern (z.B. Hüftgelenk: DE 326 gegen 211 in Italien bis 283 in Dänemark)
2. **Private Equity Investoren** kaufen Arztpraxen und MVZ dort, wo die Renditeerwartungen hoch sind und fügen sie zu Ketten, um den Markt zu beherrschen. Die Zahl der Aufkäufe wächst (2011: 81; 2021: 140). Die Über- und Fehlversorgung wächst ebenso.
3. **Höheres Honoraraufkommen** bei im Eigentum von Finanzinvestoren befindlichen Praxen **(+8,3%** nach IGES-Institut Berlin)

GKV-Beitragsstabilisierung auf Kosten von Bedarf, Qualität und Zukunftsgerechtigkeit

- Gesetzliche Kassen stehen massiv unter Druck
- GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz: Das Problem und die ergriffenen Maßnahmen im Überblick
- Kostendämpfungsmaßnahmen: Kurzfristkosmetik mit Gefahren für die Versorgung
- Was alternativ nötig wäre

Gesetzliche Kassen stehen massiv unter Druck: Aktuelle Entwicklung

10. Gesetzliche Krankenversicherung: Haushaltsentwicklung

Mio €

Zeit	Einnahmen 1)			Ausgaben 1)								Saldo der Einnahmen und Ausgaben
	insgesamt	darunter:		insgesamt	darunter:							
		Beiträge	Bundesmittel 2)		Krankenhausbehandlung	Arzneimittel	ärztliche Behandlung	zahnärztliche Behandlung 3)	Heil- und Hilfsmittel	Krankengeld	Verwaltungsausgaben 4)	
2019	251 295	233 125	14 500	252 440	77 551	40 635	41 541	15 010	17 656	14 402	11 136	- 1 145
2020	269 158	237 588	27 940	275 268	78 531	42 906	44 131	14 967	18 133	15 956	11 864	- 6 110
2021	289 270	249 734	36 977	294 602	82 748	46 199	45 058	16 335	20 163	16 612	11 727	- 5 332
2022	315 248	262 367	50 223	310 594	85 061	48 354	46 379	16 737	21 259	17 947	12 418	+ 4 654
2023	304 441	278 742	21 896	309 596	91 380	50 170	49 047	17 610	23 381	19 112	12 681	- 5 155
2024	318 440	298 186	15 497	328 744	99 451	55 162	52 246	18 216	25 175	20 547	12 687	- 10 304
2025	355 461	335 926	15 805	352 890	108 389	58 302	56 052	19 127	27 251	21 633	13 496	+ 2 571

Bundesbank;
Monatsbericht
August 2026, S.
61ff.

2024/25: GKV-Ausgaben sind weiter stark gestiegen

Die Leistungsausgaben der 94 gesetzlichen Kassen stiegen im 1. Halbjahr 2025 gegenüber dem 1. Halbjahr 2024 um + **8%** (+12,2 Mrd. €); die **Beitragseinnahmen** (ohne Zusatzbeiträge) aber nur **um 5,5%**. (Quelle: BGM und GKV, PM vom 5.9.25). Auf das ganze Jahr gesehen stiegen die Ausgaben um 7,3% auf 352,9 Mrd. €. Dar. 108,4 Mrd. (+ 9%) für Krankenhausbehandlung und 56,1 Mrd. € (+7,3%) für ärztliche Behandlung. In 2024 gab es ein Finanzierungsdefizit von 10,3 Mrd. €, in 2025 aufgrund angehobener Zusatzbeiträge ein Plus von 2,6 Mrd. €).

Es gibt ergo eine ungebrochene Ausgabendynamik. Die Lückenschließung erfolgt aktuell durch weiter **steigende Zusatzbeiträge** – diese lagen im Juni 2026 bei durchschnittlich **2,9%** (GKV-Spitzenverband: 3,1%) - und als Darlehen vergebene Liquiditätshilfen des Bundes.

Die Kassen fordern ein Ausgabenmoratorium und Strukturreformen. **Ex-BGMin Nina Warken: „Wir brauchen kurzfristige Maßnahmen und langfristig wirkende Strukturreformen.“** Für die kurzfristigen Maßnahmen wurde eine Expertenkommission eingesetzt, die im Frühjahr 2026 Vorschläge zur Stabilisierung der Beitragssätze vorlegte.

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/finanzentwicklung-der-gkv-im-1-halbjahr-2025-pm-05-09-2025.html>

GKV-Stabilisierungsgesetz: Die Grundphilosophie

	2027	2028	2029	2030
Prognostiziertes Defizit	19 Mrd. €	25 Mrd. €	35 Mrd. €	44 Mrd. €
Durchschnittlicher Zusatzbeitrag ohne Sparmaßnahmen	+ 0,9 % 3,8 %	+ 1,2 % 4,1 %	+ 1,6 % 4,5 %	+ 1,9 % 4,8 %
Mehrbelastung (p.a.) bei Monatsgehalt von 3.500 € (häftig getragen durch AG/AN)	+ 380 €	+500 €	+ 670 €	+ 800 €

Die Ausgangslage (Stand: August 2026):

Die jetzt noch 93 gesetzlichen Krankenkassen erzielten im 1. Halbjahr 2026 **einen Überschuss in Höhe von 2,6 Mrd. €**. Der Überschuss resultiert wesentlich aus Anhebungen des Zusatzbeitrags zum Jahresbeginn auf jetzt durchschnittlich 2,9 Prozentpunkte mit einer Spannweite von 2,18 – 4,39 Prozentpunkte. Der Überschuss dient vorrangig der Auffüllung der Finanzreserven auf das gesetzliche Mindestniveau, das mit 7,5 Mrd. € der gesetzlichen Vorgabe von mind. 0,2 Monatsausgaben entspricht. Den Einnahmen von 188,9 Mrd. € standen Ausgaben in Höhe von 186,3 Mrd. € (mtl. 31,1 Mrd. €) gegenüber.

Hauptausgabentreiber sind nach BMG die Krankenhausausgaben mit einem Zuwachs von durchschnittlich 8,2% im Zeitraum 2023 – 2025 verglichen mit 3,5% im Zeitraum 2013 bis 2022. Auch die Aufwendungen für Arzneimittel wachsen weiter dynamisch. Dies mit Schwerpunkt bei der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (+26,7% bzw. 462 Mio. €).

Die **zentrale Begründung** lautet: Ohne die Konsolidierung der GKV-Finzen müssten Versicherte und Arbeitgeber in 2030 eine **Finanzierungslücke von ca. 44 Mrd. €** über steigende Zusatzbeiträge tragen. Bei einem Bruttogehalt von mtl. 3.500 € ergäbe sich eine jährliche Mehrbelastung von p.a. rd. 400. Die „Reform“ vermeide dies mit einem ausgewogenen Paket, das die Belastungen ausgewogen verteile. **Grundphilosophie**: Die Ausgaben folgen den Einnahmen. Nur soweit die Einnahmen dafür ausreichen, können Ausgaben getätigt werden.

Quelle: Bundesgesundheitsministerium

GKV-Stabilisierungsgesetz: Maßnahmen im Überblick

- **Mtl. Betragsbemessungsgrenze:** Diese wird 2027 einmalig um 300 € angehoben, was für GKV-Mitglieder mit hohem Einkommen ca. 26 € ausmacht. Parallel steigt die Versicherungspflichtgrenze außerordentlich um 300 €.
- **Die beitragsfreie Familienversicherung wird eingeschränkt.** Bei Eltern mit minderjährigen Kindern (< 12 Jahren) und bei pflegenden Angehörigen bleibt sie voll erhalten. Sonst Zusatzbeitrag in Höhe von 2,5% des Partner-Einkommens.
- **Sparbeitrag der Versicherten:** **(1) Zuzahlungen zu Medikamenten** etc. steigen um 50% (mind. 7€ statt 5,5 €; höchstens 15€ statt 10 €): **(2)** Die während der Covid19-Pandemie eingeführte telefonische **Krankschreibung** ist nur noch ausnahmsweise zulässig; Regel wird die ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) „vom ersten Tag an.“ **(3)** Zuschuss für Zahnersatz sinkt auf 50%
- **Pauschale Preissenkung um 3% für Leistungserbringer aus dem Hilfsmittelversorgungsbereich.** Betroffen sind zwischen 1.01.2027 und 31.12.2028 begonnene Versorgung
- **Sparbeitrag der Kassenärzte:** Zuschläge u.a. für den Hygieneaufwand und die Aktualisierung einer Patientenakte werden gestrichen; extrabudgetäre Vergütungen (Honorarzuschläge), die nach § 87 SGB V für bestimmte Leistungen vereinbart werden konnten, werden reduziert. Sie sind weiter möglich z.B. für pädiatrische Leistungen. Die KVBW rechnet mit einem Honorarverlust von 3,4%, wobei 2/3 der Einbußen dem Zuschlagsentfall nach Terminservicegesetz zugeschrieben werden. Quelle: KVBW 9/7/26 (
- **Psychotherapie:** Die seit 10 Jahren extrabudgetär, d.h. ohne Deckelung vergüteten Leistungen werden in die Gesamtvergütung überführt. Dies bedingt Honorareinbußen.
- **Sparbeitrag der Pharmaindustrie:** Erhöhung des Herstellerrabatts von derzeit 7% auf 15,5% in 2027
- **Abgabe auf zuckergesüßte Getränke ab 2027.** In über 100 Ländern gibt es sie schon. Gestärkt werden soll so die Prävention im Bereich der Diabetes-Erkrankungen.
- **Kliniken:** **(1) Kürzung der Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen des Personals von 100 auf 50%**
- **(2) Keine gesetzliche Verpflichtung zur Nutzung von Personalbemessungssystemen (auch PPR 2.0).** **(3)** Bei bestimmten planbaren Operationen, z.B. Hüftgelenkersatz, soll eine ärztliche Zweitmeinung verpflichtend werden. Bis zum 31. März 2027 soll der G-BA das Nähere festlegen. Ohne ärztliche Zweitmeinung entfällt der Vergütungsanspruch. Bis 2030 werden die Minderausgaben auf 0,5 bis 0,6 Mrd. € geschätzt. **(3)** Ab 2027 wird **Pflegebudget gedeckelt**; volle Refinanzierung von Tarifsteigerungen entfällt

GKV-Stabilisierungsgesetz: Ablehnung in der Bevölkerung und Kritik von Opposition und Verbänden

- ➡ **Das Sparpaket wird von der Bevölkerung überwiegend abgelehnt.** Nach einer Studie der Böckler-Stiftung lehnen 76 Prozent der Befragten die Reformen (Rente, GKV, Pflege) „stark“ oder „eher“ ab. Dies über Parteigrenzen hinweg. Mit Anteilen von 83 bzw. 85% ist die Ablehnung von Leistungskürzungen bei der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung.
Quelle: Behringer et al. (2026): Sozialstaatsdebatte belastet privaten Konsum und Vertrauen in die Regierung - Erkenntnisse aus einer Online-Umfrage; IMK Policy Brief Nr. 222, Düsseldorf
- ➡ **Fehlfinanzierungen bleiben unangetastet:** Um die GKV entscheidend zu entlasten, müsse der Bund endlich die Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen voll übernehmen. Beispielhaft verwiesen wird auf die Grundleistungsempfänger. Das Gesetz (§ 221 I) sieht pauschale Abgeltung in Höhe von p.a. 14,5 Mrd. € (2027: 13,15 Mrd. €) vor.
- ➡ **Forciertes Kliniksterben und massiver Abbau von Klinikpersonal: Das Sparpaket beschleunigt nach Auffassung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) das Kliniksterben.** Den Krankenhäusern würden 2027 Mittel in Höhe von 4,6 Mrd. €; für die Jahre 2027 bis 2030 ergäben sich Erlöskürzungen in Höhe von rd. 30 Mrd. €. Um die Personalkosten zu senken, sei in großem Umfang mit Personalabbau zu rechnen. Der Krankenhaus Rating Report 2026 vom RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung und der Institute for Healthcare Business GmbH identifiziert circa **400 mittelfristig „gefährdete“ Standorte.**
- ➡ **Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV)** erwartet Unterversorgung mit therapeutischen Leistungen aufgrund struktureller Unterfinanzierung. **Psychotherapie** sieht Versorgung als gefährdet an.
- ➡ **Folge für die KH-Pflege:** Neuerliche Sparrunden zu Lasten des Pflegepersonals sind absehbar und werden die **Versorgung verschlechtern.** In diese Richtung wirken der Wegfall der verpflichtenden Anwendung der PPR 2.0 und der Anwendung der Pflegepersonaluntergrenzen als Qualitätskriterium bei der Zuweisung von Leistungsgruppen. Abgerundet wird diese Fehlentwicklung durch die zukünftig nur noch teilweise Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen. Das Pflegebudget wird seiner Schutzwirkung beraubt.
- ➡ **Die Verschärfung von Fehlanreizen** durch die Einführung der Hybrid-DRG's **bleiben ausgeblendet.** Ebenso die Fehlentwicklung bei den von Investoren gekauften/errichteten Med. Versorgungszentren.

Was alternativ an kurzfristigen und strukturellen Maßnahmen zur Kostendämpfung nötig wäre

Kurzfristig im Minimum

- Zwangsrabatte für **Arzneimittel**
- **Ausgabendeckel** für die Honorare der niedergelassenen Ärzt*innen
- **Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze** in der GKV **auf das Niveau der Rentenversicherung** (1.1.25: GKV 5.512,50 €; DRV: 8.050 €); Geplant ist nur eine Anhebung auf 5.812,50 €)
- Anhebung der **Versicherungspflichtgrenze** von 6.150 €/mtl. auf ca. 9.000 €
- Erhöhung der steuerfinanzierten Bundesmittel für Bürgergeldempfänger*innen (Anpassung an die tatsächlichen Kosten)
- **Verpflichtung der privaten Pflegeversicherung zu Einzahlungen in den Pflegevorsorgefonds**
- **Beseitigung der mengensteigernden Fehlanreize durch Hybrid-DRGs** (+ 14% Ausgabenwachstum = 360 Mio € in 2025 nach AOK)

Strukturell (u.a.)

- Umwandlung der privaten Vollversicherung in eine Zusatzversicherung
- Abbau der Fragmentierung (Wirrwarr an unkoordinierten Zuständigkeiten). Dafür **öffentliche Planung nach österreichischem Vorbild**
- Bindung öffentlicher Refinanzierungen an **Gemeinnützigkeitskriterien** bei Krankenhäusern, Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und Pflegeheimen (Vorbild: Niederlande oder Österreich/Burgenland).
- Verbesserung der pflegerischen Versorgung in Krankenhäusern
- Verbot des Kauf von Arztpraxen/MZV durch Private Equity Investoren
- **Ausbau von Primärversorgungszentren** (öffentliche + gemeinwohlorientierte Träger)
- **Grundständische Akademisierung aller Gesundheitsfachberufe** nach österreichischem Vorbild mit erweitertem Kompetenzrahmen (Pflegegeführte Chronikerzentren nach skandinavischem Vorbild, Community Nursing usw.)
- **Ausbau des öffentlichen Gesundheitsdienstes** mit Übernahme gewisser Versorgungsaufgaben (z.B. für Menschen ohne Versicherungsschutz und im Katastrophenfall)

Die Maßnahmen würden das System mittelfristig effizienter und effektiver machen. Die Einsparungen könnten in Maßnahmen der Qualitätshebung investiert werden (z.B. frisch gekochtes Krankenhausessen usw.)

Das System der Fallpauschalen ist gescheitert. Hybrid-DRG´s haben dieses Scheitern durch Schaffung zusätzlicher Anreize für Mengenausweitungen verschlimmert.

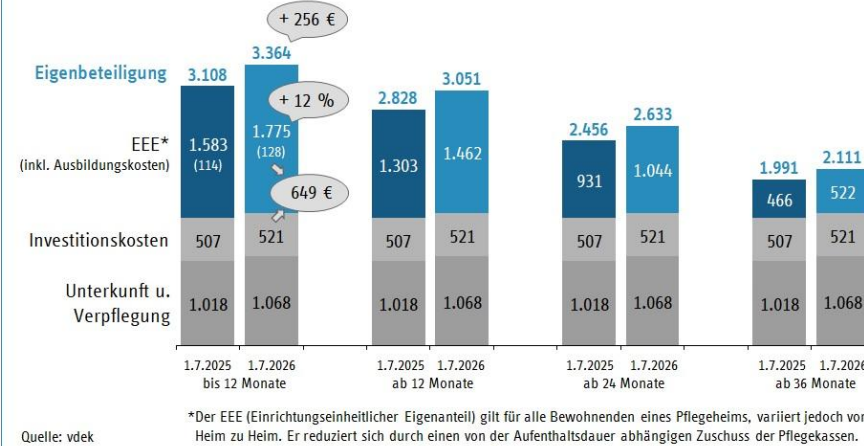
Quelle: Messerle, Robert et al. (2026): Hybrid-DRGs im Fokus. DOI: <https://doi.org/10.4126/FRL01-006529344>

4

Finanzielle Belastung einer/eines Pflegebedürftigen im Pflegeheim
in EUR je Monat nach Aufenthaltsdauer
1. Juli 2025 und 1. Juli 2026 - Bund



Dr. Heintze



Reform der Langzeitpflege (LTC) – Die Aufkündigung des Grundversprechens der Pflegeversicherung steht im Raum

- 30 Jahre Pflegeversicherung - Starkes Ausgabenwachstum und keine nachhaltige Finanzierung
- Baustelle *zu hohe Eigenanteile* - es ginge auch anders
- Sparpläne der Bundesregierung bedrohen das Leistungsversprechen der Pflegeversicherung
- Perspektive Kommunalisierung mit Blick auf Österreich (Burgenland)

Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (Ist):

Ausgabensprünge in der Langzeitpflege nach 2015

	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2017	2018	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Beitragseinnahmen (Mrd. €)	16,3	16,8	16,6	18,4	19,6	21,6	22,9	25,8	32,0	36,0	37,7	48,0	49,8	52,6	58,8	65,6	73,7
Leistungsausgaben	15,9	16,5	16,8	17,1	18,2	20,4	21,9	24,2	28,3	35,5	38,3	47,3	51,9	57,9	56,9	65,8	71,5
Überschuss der Einnahmen ¹	---	---	---	0,5	0,6	0,3	0,1	0,5	1,0	---	---	1,3	---	---	2,2	---	---
Überschuss der Ausgaben ¹	0,1	0,4	0,8	---	---	---	---	---	---	2,4	3,6	---	1,3	2,2	---	1,4	0,5

1) Incl. Sonstige Einnahmen und Verwaltungsausgaben

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit. August 2025 und Bundesbank, Monatsbericht 9-26, Statistischer Anhang, S. 63

2025: Gesamtausgaben von 74,1 Mrd. €

Ein BIP-Prozentpunkt (zu Marktpreisen):

2010: 26,2 Mrd. €; 2016: 32 Mrd. €

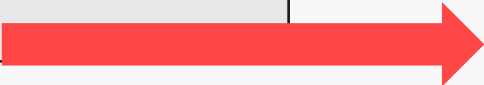
2017: 33,3 Mrd. € ; 2020: 34,5 Mrd. €

2022: 39,6 Mrd. €; 2025: 44,7 Mrd. €

Quelle: Bundesbank, Monatsbericht 8-26, a.a.O.

Die erreichte Ausgabenhöhe (2025) von 1,66 BIP-Prozentpunkten ist unbedenklich.

Die nicht nachhaltige Finanzierung, Hyper-Bürokratisierung und fehlgeleitete Mittelverwendung sind das Problem

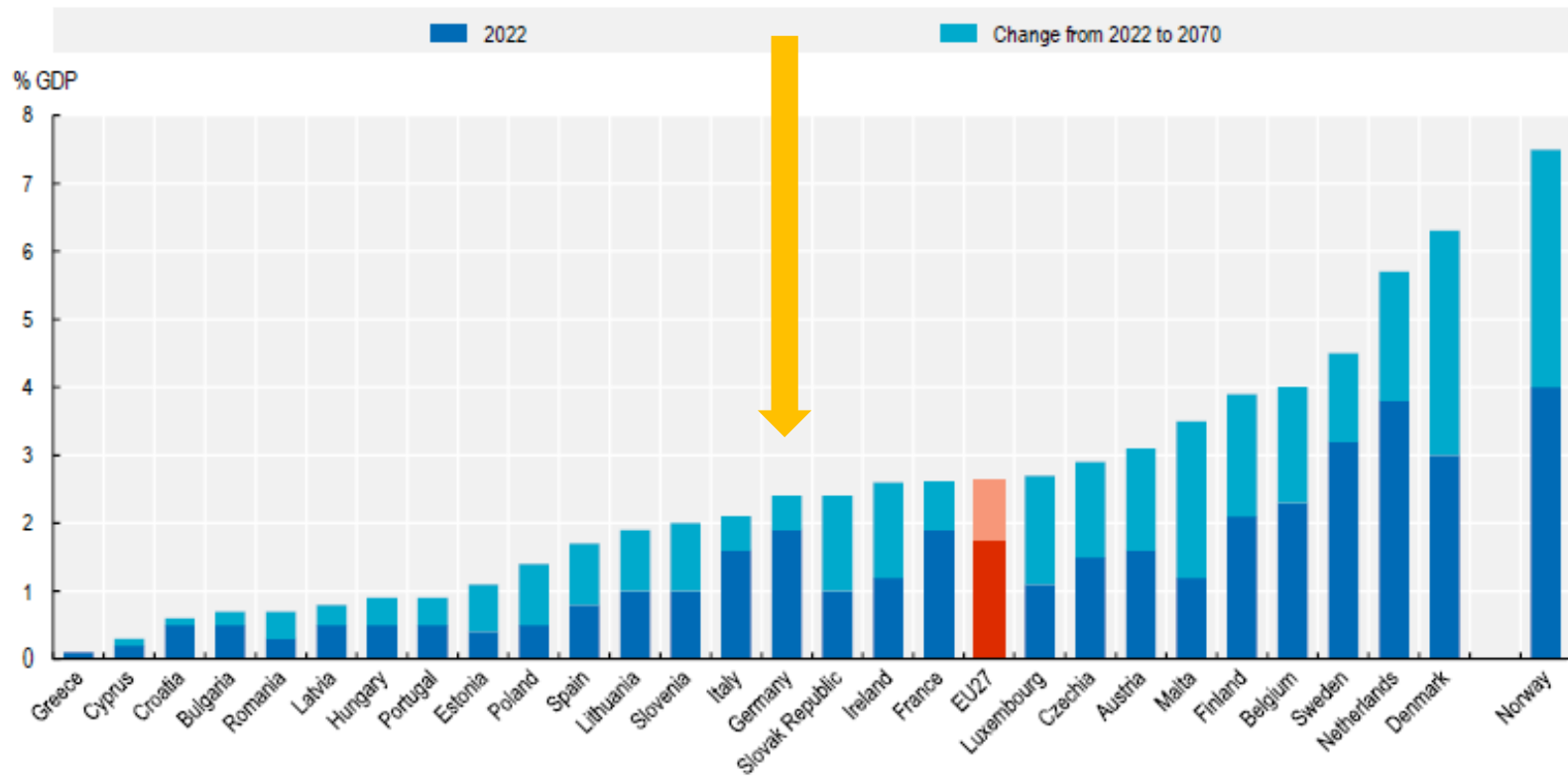


Die öffentlichen LTC-Ausgaben sind im internationalen Vergleich nicht besonders hoch

Die Bundesregierung hält die Pflegeversicherung für nicht mehr finanzierbar. Die Stabilisierung der Finanzlage der Pflegeversicherung soll durch Leistungskürzungen erfolgen.

Tatsächlich aber liegt Deutschland trotz hoher Alterung der Gesellschaft bei den Pflegeausgaben nur im europäischen Mittelfeld.

Figure 8.18. Public spending on long-term care as a percentage of GDP, 2022-70 – baseline scenario



Note: The EU average is weighted by GDP.
Source: European Commission and EPC-AWG (2024).

Langzeitpflegeausgaben (LTC) 2022/23: Deutschland im Vergleich

	Gesundheits-system	Laufende Gesundheits-ausgaben insgesamt 2025 (% des BIP)	Langzeitpflege (LTC): öff + privat			
			Primäre Zu-Ständigkeit	LTC % des BIP	LTC insgesamt (KKS je EW)	Anteil der LTC-Ausgaben an den Gesundheits-ausgaben (%)
Deutschland	Pflicht-V	12,7	Familie	2,67	1.267	21,0
Schweiz	Pflicht-V	11,6	Familie	2,62	1.434	22,6
Niederlande	Pflicht-V	10,2	Staat	4,27	2.189	41,9
Belgien	Pflicht-V	11,1	Staat	3,18	1.401	28,6
Dänemark	Staatlich	9,6	Staat	3,26	1.476	34,0
Finnland	Staatlich	10,6	Staat	3,17	1.195	29,9
Norwegen	Staatlich	9,7	Staat	2,61	1.821	26,9
Schweden	Staatlich	10,9	Staat	2,65	1.563	24,3

Entgegen dem öffentlichen Diskurs sind die **LTC-Ausgaben nicht zu hoch, sondern das familienbasierte System ist an seine Grenzen gelangt**. Länder, die mit kommunalen Leistungen viel mehr Geld für LTC ausgeben, erreichen bei der älteren Bevölkerung einen besseren Gesundheitszustand und vermeiden **Kostenverlagerungen in die Krankenversorgung**.

Legende: Pflicht-V = Pflichtversicherungssysteme; Staatlich = Staatliche Gesundheitssysteme mit geteilter Zuständigkeit (Regierung, Regionen, Kommunen);

KKS = Kaufkrafteinheiten

Erläuterungen: Angaben für 2025 (2022) bei Deutschland, Belgien, Dänemark und Schweden (Niederlande, Finnland, Norwegen). Die Aufschlüsselung nach Finanzierungsstruktur hat Eurostat seit 2023 eingestellt.

Quelle: Eurostat, Gesundheitsausgaben nach Funktionen [hlth_sha11_hc]; Update 02.09.2026

Baustelle: Hohe Eigenanteile bei der Heimversorgung

Merkmale	Deutschland	Österreich
Problem zu hoher Eigenanteile	Leistungen der Pflegeversicherung decken die pflegebedingten Kosten immer weniger. Trotz einer zum 1.1.2022 eingeführten hoch bürokratischen Zuschussregelung wachsen die Eigenanteile. Erstes Heimjahr (Durchschnitt): 3.364 € (1.7.26: + 256 € zum Vorjahr); 4. Heimjahr: 2.111 €/mtl. <u>Quelle:</u> vdek	Bis Ende 2017 Regelung wie in Deutschland. Heimbewohner*innen mussten zur Deckung der Heimkosten erforderlichenfalls Vermögen verwerten oder der Partner resp. eigene Kinder wurden herangezogen.
Zugriff auf Vermögen bei Heimversorgung	Die hohen Eigenanteile überfordern die meisten Pflegebedürftigen. Sie können sich ein Heim nicht leisten. Nachfrage nach einem Heimplatz ist gesunken. Eigenes Vermögen muss eingesetzt werden; ein Schonvermögen bis 25 TEUR verbleibt. Seit dem 1. Januar 2020 sind Kinder nur noch ab einem Jahresbruttoeinkommen von 100.000 Euro zum Unterhalt verpflichtet.	1. Abschaffung des „Pflegeregresses.“ Den Ländern ist es seit 1.1.2018 verfassungsrechtlich verboten , auf das Vermögen und die Ersparnisse der Heimbewohner resp. von deren Angehörigen zuzugreifen (BGBl. I Nr. 125/2017). 2. Im Gegenzug erhielten die Länder in 2018 100 Mio. € zusätzlich über den Pflegefonds, nach Endabrechnung 295,5 Mio. € (tatsächche Kosten). 3. Ausgleich erfolgt über den Pflegefonds (PF). Mit der zum 1.1.2024 in Kraft getretenen Novelle zum PFG erfolgte Aufstockung für die Jahre 2024 bis 2028 auf 6,034 Mrd. €
Hilfe zur Pflege bei finanzieller Überforderung	1. Die Sozialhilfequote bei den Heimbewohner*innen erreichte 2021 mit 36,8 Prozent den höchsten Wert seit Einführung der Pflegeversicherung. 2. Die zum 1.1.2022 eingeführten Leistungszuschläge bewirken keine nachhaltige Senkung der zu hohen Eigenanteile; Wirkung ist verpufft.	Finanzierung der Heimkosten seit dem 1.1.2018: 1) Zur Deckung herangezogen wird das Pflegegeld, die Pension und sonstige Einkünfte (Mieteinnahmen, z.B.) 2) Schließung der Finanzierungslücke: Sozialhilfe mit Refinanzierung aus dem Pflegefonds 3) Der Heimbewohner*in verbleiben 20 Prozent der Pension und 10 Prozent des Pflegegeldes der Stufe 3 als Taschengeld. 4) 10% des Pflegegeldes der Stufe 3: rd. 60 €/mtl.

Wenn Fortschrittsanspruch auf Lernblockaden trifft, droht Regression

Eine grundsätzliche Anmerkung

- (1) Die deutsche Politik ist geprägt durch Krisenverwaltung mit **kleinteiligen Detailreparaturen und Kostendämpfungsmaßnahmen**. Die Grundprobleme bleiben unbearbeitet.
- (2) Mit Machtressourcen ausgestattete Akteure für eine nach vorne gerichtete Systemtransformation gibt es kaum. Die **machtvollen Akteure vertreten durchweg partikuläre Interessen**. Sie verteidigen ihre Privilegien.
- (3) Die zersplitterten sonstigen Akteure sehen nur das kleine Terrain, in dem sie sich bewegen; nicht das System
- (4) **Wenn Lernblockaden dominant sind**, misslingt das, was an Fortschritt möglich wäre. Statt Probleme zu lösen und Krisen zu entschärfen, werden sie weiter vorangetrieben. Regressive Entwicklungen setzen ein. Hier geben reaktionäre Kräfte den Ton an.

Befund im September 2026

**Das deutsche Gesundheitssystem ist nicht resilient.
Es ist auf Reparatur ausgerichtet und löst seine Leistungsversprechen
immer weniger ein**



Leistungs- und Qualitätsversprechen werden
aufgegeben > **REGRESSION**



Leistungs- und Qualitätsversprechen werden nachhaltig gesichert
durch Systemtransformation > **Durchsetzung ist nur gegen
große Widerstände möglich**



Vielen Dank für Eure
Aufmerksamkeit