

Öffentliche Anhörung

„Leistungskürzungen und Beitragsexplosion“

Mittwoch 24. September 2025

Kurzstellungnahme von **Prof. Dr. Simon Reif**

Im Folgenden nehme ich als Auskunftsperson zu ausgewählten Themen des Antrags der Fraktion Die Linke zu

„Leistungskürzungen und Beitragsexplosion in Gesundheit und Pflege verhindern – Jetzt gerechte Finanzierung einführen“ auf Vorschlag der Fraktion der CDU/CSU Stellung.

Grundsätzliches

Im Antrag heißt es, *„Beitragssätze lassen sich ohne Leistungskürzungen nur stabilisieren und senken, wenn man die Einnahmeseite in den Blick nimmt“*. Diese Schlussfolgerung erkennt, dass es eine Reihe von Maßnahmen gibt, die Ausgaben einsparen können, ohne dass sich die Versorgungsqualität verschlechtert. Beispiele hierfür sind die im internationalen Vergleich sehr hohe Anzahl an Krankenhausfällen oder Arztbesuchen in Deutschland. Mit einer besseren Versorgungssteuerung und Versorgungsplanung ließen sich Kosten im GKV-System einsparen und Patientinnen und Patienten würden von weniger Über- und Fehlversorgung profitieren. Deutschland hat im Jahr 2022 nach Angaben der Europäischen Union 12,6% seiner Wirtschaftsleistung für Gesundheitsausgaben aufgewendet und ist damit Spitzenreiter in Europa.¹ Diese Spitzenposition legt nahe, dass grundsätzlich ausreichend Geld im deutschen Gesundheitswesen vorhanden ist. Für die zukunftsfeste Ausgestaltung des GKV-Systems muss also neben Vorschlägen zur Umgestaltung der Einnahmenseite, wie sie im vorliegenden Antrag aufgeführt sind, auch über eine bessere Verwendung der vorhandenen Ressourcen (sowohl finanziell als auch personell) entschieden werden.

Kurzfristige Maßnahmen

Im Antrag werden drei Maßnahmen genannt, die grundsätzlich kurzfristig die Finanzierungsprobleme in der GKV abmildern können.

1. Beiträge für Versicherte, die Bürgergeld beziehen

Der Vorschlag, die Höhe der Beiträge, die der Bund für GVKV-Versicherte zahlt, die Bürgergeld beziehen, an das hypothetische Bruttoeinkommen von Bürgergeldbeziehenden heranzuziehen, ist eine für die Logik der GKV konsistente Idee. Diese Zuweisungsberechnung folgt dem Solidarprinzip des GKV-Systems im Gegensatz zum Kostendeckungsprinzip, das der GKV-SV für diese Versichertengruppe einklagen möchte.

¹ https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics_-_overview

2. Senkung der Mehrwertsteuer bei Arzneimitteln auf 7%

Die Forderung, die Gesundheitsausgaben auf Kosten des Bundeshaushalts durch eine reduzierte Mehrwertsteuer auf Arzneimittel zu entlasten, lässt sich inhaltlich gut begründen und wurde schon mehrfach von verschiedenen Seiten erhoben. Eine solche Anpassung ist entsprechend zu begrüßen.

3. Systematik zur Erhöhung des Bundeszuschusses in den Gesundheitsfonds

Da die GKVn neben ihrer originären Aufgabe auch vom Bund beschlossene versicherungsfremde Leistungen erbringen, sollen die Kosten für diese Leistungen als Zuschuss in den Gesundheitsfonds gedeckt werden. Aktuell entsteht der Eindruck, dass diese Zuschüsse weniger auf Basis inhaltlicher Überlegungen, sondern vielmehr nach aktueller politischer Lage sowie der finanziellen Situation der GKVn und des Bundeshaushalts angepasst werden. Die Kritik an diesen ad-hoc Verfahren ist berechtigt. Als Ausgangspunkt für eine Regel zur dynamischen Festsetzung des Bundeszuschusses sollten allerdings die Kosten für versicherungsfremde Leistungen dienen, und nicht wie im Antrag gefordert das Ziel der Beitragssatzstabilität festgesetzt werden. Eine Anpassung des Bundeszuschusses mit dem Ziel der Beitragssatzstabilität würde die Anreize zum wirtschaftlichen Handeln der GKVn mindern und zudem die Verhandlungsposition der GKVn bei Preisverhandlungen mit den Leistungserbringern extrem schwächen.

Langfristige Maßnahmen

Der Antrag sieht vor, die Einnahmen der GKVn langfristig durch die (quasi) Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze und das Hinzuziehen von nicht-Erwerbseinkommen zu steigern.

1. Beitragsbemessungsgrenze

In der Renten- und Arbeitslosenversicherung deckelt die Beitragsbemessungsgrenze nicht nur die Höhe der Beiträge, sondern auch die Höhe der dadurch erworbenen Ansprüche (Rentenhöhe und Höhe des Arbeitslosengeldes). Da in der Anfangszeit der GKV die meisten Ausgaben auf (einkommens- und beitragsabhängiges) Krankengeld entfallen sind, war die Wirkung der Beitragsbemessungsgrenze in der GKV wie bei den anderen Sozialversicherungen sowohl Leistungs- als auch Beitragsbeschränkend. Im Jahr 2024 hatten die Ausgaben für Krankengeld allerdings nur einen Anteil von 6,6% an den gesamten Leistungsausgaben der GKV.² Die überwiegende Mehrheit der Leistungen in der GKV ist also unabhängig von der Höhe der geleisteten Beiträge. Entsprechend besteht durch die Beitragsfinanzierung in der GKV für den überwiegenden Teil der Leistungen eine Mischung aus Versicherung der individuellen Risiken und einem Solidarsystem, bei dem insbesondere von Jung nach Alt und von Versicherten mit hohem Einkommen zu Versicherten mit niedrigem Einkommen umverteilt wird. Dies bedeutet, dass eine Gruppe

² https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/zahlen_und_grafiken/gkv_kennzahlen/gkv_kennzahlen.jsp

von Versicherten deutlich höhere Beiträge leistet als ihre ökonomisch faire Prämie wäre (die den erwarteten Kosten entspricht), während die Prämien der anderen Gruppe subventioniert werden. Die Beitragsbemessungsgrenze begrenzt diese Umverteilung in den Extremfällen.

Da höhere Beiträge nicht zu höheren Leistungen führen, sind die GKV-Beiträge in ihrer heutigen Form konzeptionell wie eine Einkommenssteuer zu betrachten – und eine Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze als eine Steuererhöhung zu sehen. Vor diesem Hintergrund sind entsprechend neben den erwarteten Mehreinnahmen auch die Kosten einer solchen Maßnahme zu beachten. Insbesondere sind die in der ökonomischen Literatur ausführlich negative Auswirkungen auf das Arbeitsangebot, insbesondere von Frauen, zu berücksichtigen.³ Im Gegensatz zur klassischen Einkommenssteuer hätten höhere GKV-Beiträge bei einer Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze außerdem auch negative Auswirkungen auf die Bereitschaft von Unternehmen Beschäftigte einzustellen, da durch die entsprechend höheren Arbeitgeberbeiträge auch die Lohnnebenkosten steigen. Die Lehrbuchlösung für ein solidarisch finanziertes Gesundheitssystem mit weniger Fehlanreize auf dem Arbeitsmarkt wären individuelle faire Prämien und aus Steuermitteln finanzierte Subventionen für diejenigen, die sich bei gegebenem Einkommen die jeweiligen Prämien nicht leisten können, z.B. ähnlich einer negativen Einkommenssteuer und einer staatlich festgelegten Maximalprämie.

2. Versicherungspflichtgrenze

Im Antrag wird antizipiert, dass ein großer Teil der freiwillig GKV-Versicherten bei Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze in die PKV wechseln würde. Entsprechend wird vorgeschlagen, die Versicherungspflichtgrenze so zu erhöhen, dass nur sehr wenige Menschen noch freiwillig in der PKV versichert sein können. Wenn das Ziel jedoch ist, möglichst viele Beitragszahlende im GKV-System zu haben, dann wäre die Versicherungswahl der Beamtinnen und Beamten ein wesentlicher Faktor, der im Antrag noch behandelt werden sollte. Beamtinnen und Beamte stellen 53% der Vollversicherten in der PKV dar, die auch in der im Antrag referenzierten Simulation von Ochmann et al. (2020) berücksichtigt sind.⁴ ⁵ Sollte das Großprojekt GKV Reform grundlegend angegangen werden, so wäre es an dieser Stelle begrüßenswert, wenn die Vorschläge die gesamte Bevölkerung mit einbeziehen. Im Zuge eines solchen Reformvorhabens sollte auch diskutiert werden, warum die Umverteilung von Einkommen im linearen „Steuersystem“ der Krankenversicherung geschehen sollte, wo es doch mit der progressiven Einkommenssteuer ein bewährtes Instrument gibt.

³ Zum Beispiel die Übersichtsarbeit von Keane (2011): <https://www.aeaweb.org/articles?id=10.1257/jel.49.4.961>

⁴ https://www.pkv.de/fileadmin/user_upload/PKV/3_PDFs/Publikationen/Zahlenbericht_2023.pdf

⁵ <https://www.bertelsmann-Stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/geteilter-krankenversicherungsmarkt>

3. Einbeziehung aller Einkommensarten für GKV-Beiträge

Bei der Idee alle Einkommensarten in die Beiträge für die GKV einzubeziehen, handelt es sich um eine Abkehr des Bismarck'schen Gedankens einer von Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern sowie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern getragenen Sozialversicherung. In Zeiten, in denen Erwerbseinkommen erwartbar einen immer kleineren Anteil am Gesamteinkommen ausmacht, ist dieser Schritt konsequent. Für die Umsetzung müsste aber zuerst ein neuer gesellschaftlicher Konsens zur Finanzierung der Beiträge gefunden werden:

- Im Antrag ist genannt, dass *„Es [...] aber auch innerhalb der Gruppe der Pflichtversicherten ungerecht [ist], wenn eine Person mit 1.000 Euro Arbeitseinkommen und 3.000 Euro Kapitaleinkommen nur ein Viertel des Beitrags einer Person mit 4.000 Euro Arbeitseinkommen zahlt, denn deren wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Beiden ist dieselbe.“* Dieser Punkt erkennt, dass die beschriebene Situation äußerst selten ist. Die Simulationsstudie von Steuernagel und Thun (2023) zeigt, dass daher eine Einbeziehung zusätzlicher Einkommensarten bei bestehender Beitragsbemessungsgrenze kaum Auswirkungen auf die Einnahmen der Sozialversicherungen hat.⁶ Solche Überlegungen machen demzufolge nur Sinn, wenn im gleichen Zuge auch die Beitragsbemessungsgrenze abgeschafft wird. Wenn allerdings alle Einkommensarten (von allen Menschen mit Einkommen) ohne Beitragsbemessungsgrenze als Grundlage für GKV-Beiträge dienen, dann wären diese Beiträge eine alle Einkommensarten umfassende lineare Steuer. Ein solches System wäre mit deutlich größerem Aufwand als das aktuelle System verbunden, da neben der Einkommenssteuer eine zweite, alle Einnahmen berücksichtigende Abgabe eingeführt werden würde (mit allen dazugehörigen Prüfaufwänden). Der Umverteilungseffekt wäre jedoch durch die lineare Einkommensabhängigkeit geringer als bei der Einkommenssteuer. Wenn das politische Ziel eine stärkere Beteiligung von Menschen mit höherem Einkommen an der Finanzierung der Gesundheitsleistungen ist, so wäre eine Subvention der Beiträge von Menschen mit niedrigem Einkommen aus Steuermitteln der einfachere (und konsequentere) Weg.
- Vor dem Hintergrund der als Beispiel angegebenen unterschiedlichen Einkommen lässt sich noch eine angrenzende Frage stellen: *„Wenn eine Person 4000 Euro Arbeitseinkommen erwirtschaftet und eine andere Person mit dem gleichen Erwerbspotenzial es bevorzugt, nur halbtags zu arbeiten, um in den Rest des Tages am See baden zu gehen und entsprechend nur 2000 Euro Arbeitseinkommen erwirtschaftet, ist es dann gerecht, dass die eine Person doppelt so hohe Beiträge zahlt wie die andere?“* Die Antwort auf diese Frage ist komplex, muss aber – wenn der Leistungsfähigkeitsbegriff und das Solidarsystem neu konzipiert werden – beantwortet werden.

⁶ https://www.ifo.de/DocDL/ifoDD_23-05_14-18_Steuernagel.pdf

Maßnahmen zur Reform der Pflegeversicherung

Im Antrag wird gefordert, vor dem Hintergrund eines möglicherweise geringerem Pflegebedürftigkeitsrisikos von Privatversicherten, die private Pflegeversicherung zu Gunsten einer gesetzlichen Pflegevollversicherung abzuschaffen.⁷ Hierzu ist anzumerken, dass die aktuellen finanziellen Herausforderungen der Pflegeversicherung gering sind im Vergleich zu den Kosten, die durch die erwartbare Pflegebedürftigkeit der Babyboomer entstehen werden.⁸ Entsprechend braucht es in der Sozialen Pflegeversicherung einen viel stärkeren Anteil an Kapitaldeckung, wie er in der privaten Pflegeversicherung ohnehin angelegt ist. Eine Abschaffung der Pflegeversicherungsart, die zumindest für ihre Versicherten nachhaltig die erwarteten Kosten decken kann – zugunsten einer Umlagefinanzierung, die in den nächsten Jahren in enorme Deckungsprobleme bekommt, erscheint unklug. Auch vor dem Hintergrund der geforderten Leistungsausweitung in Form einer Vollversicherung sei an dieser Stelle an die Empfehlung im Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz erinnert: **„Die große Kohorte der „Babyboomer“ hat noch zwei Jahrzehnte vor sich, bevor ein nennenswerter Anteil von ihnen pflegebedürftig wird. Angesichts der langen Perspektive ist es den meisten Mitgliedern dieser Kohorte (wie auch allen nachfolgenden) zumutbar, alle über das jetzige Niveau der umlagefinanzierten Pflegeleistungen hinausgehenden Kosten durch eigene Vorsorge abzusichern“.**⁹

⁷ Während ein späteres Eintreten der Pflegebedürftigkeit von Menschen mit hohem sozioökonomischem Status (was im Schnitt auf Privatversicherte zutrifft) und einer höheren Lebenserwartung plausibel ist, so gibt es keine Evidenz dafür, dass der Pflegeaufwand nach Eintreten der Pflegebedürftigkeit – und damit die Gesamtkosten der Pflege – nennenswert unterschiedlich ist.

⁸ Siehe z.B. Breyer (2025) "Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung – die Rolle der Eigentumsrechte" Perspektiven der Wirtschaftspolitik, <https://doi.org/10.1515/pwp-2024-0035>.

⁹ <https://www.bundeswirtschaftsministerium.de/Redaktion/DE/Publikationen/Ministerium/Veroeffentlichung-Wissenschaftlicher-Beirat/nachhaltige-finanzierungen-von-pflegeleistungen.pdf>, S. 37.