5

GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNG: AUSGABENANSTIEG DÄMPFEN, EINNAHMEN STABILISIEREN

I. Einleitung

II. Das Gesundheitssystem in Deutschland
1. Gesetzliche Krankenversicherung
2. Private Krankenversicherungen
3. Das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich

III. Gesundheitsausgaben in Deutschland und ihre Treiber
1. Allgemeine Treiber der Gesundheitsausgaben
2. Spezifische Ausgabentreiber in der GKV

IV. Beitragssatzentwicklung im Status quo

V. Reformoptionen für eine nachhaltige Finanzierung der Krankenversicherung
1. Gesundheitskosten effektiver steuern
2. Finanzierung neu kalibrieren

Anhang

Literatur

WICHTIGSTE BOTSCHAFTEN

↘ Deutschland erzielt trotz überdurchschnittlicher Gesundheitsausgaben im EU- und OECD-Vergleich lediglich durchschnittliche Gesundheitsergebnisse.

↘ Die GKV-Beitragssätze werden ausgabenseitig durch die demografische Alterung, gesundheitsschädliches Konsumverhalten und den medizinisch-technischen Fortschritt getrieben, während die beitragspflichtige Einnahmenbasis langsamer wächst.

↘ Um den zukünftigen Anstieg des Beitragssatzes zur GKV zu dämpfen, sind insbesondere Reformen zur effektiveren Ausgabensteuerung in der stationären Versorgung sowie bei Arzneimitteln geeignet.

DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

Das Krankenversicherungssystem in Deutschland dient der Absicherung im Krankheitsfall. In der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), in der rund 90 % der Bevölkerung versichert sind, erfolgt dies durch eine solidarische Finanzierung im Umlageverfahren nach dem Sachleistungsprinzip. Neben der GKV besteht für Personengruppen mit Versicherungsfreiheit die Möglichkeit einer Versicherung in der kapitalgedeckten Privaten Krankenversicherung (PKV), die einkommensunabhängige, am Gesundheitsstatus orientierte Beiträge erhebt. Die Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP gehören in Deutschland im OECD-Vergleich zu den höchsten. Gleichzeitig liegt Deutschland bei zentralen Gesundheitsindikatoren lediglich im Mittelfeld.

Seit dem Jahr 2005 sind die Ausgaben der GKV deutlich schneller gestiegen als die beitragspflichtigen Einnahmen, die die Bemessungsgrundlage für die Beiträge zur GKV darstellen. In der Folge ist der durchschnittliche Beitragssatz von 14,2 % im Jahr 2005 auf 17,5 % im Jahr 2026 gestiegen und dürfte bis zum Jahr 2040 weiter auf 19,8 % ansteigen. Der Anstieg der Ausgaben der GKV lässt sich zum einen durch allgemeine, auch in anderen Ländern wirkende Faktoren erklären. Dazu zählen die demografische Alterung, das Einkommenswachstum und die Verbreitung gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen. Hinzu kommt der medizinisch-technische Fortschritt, der neue Diagnose- und Behandlungsmethoden hervorbringt, die sowohl in der Entwicklung als auch in der Anwendung kostenintensiv sind. Zum anderen wird der Anstieg der GKV-Ausgaben durch systembedingte Ausgabentreiber geprägt, die sich vor allem bei Krankenhausbehandlungen und Arzneimitteln zeigen.

Der Anstieg der Gesundheitsausgaben in der GKV kann durch eine verbesserte Ausgabensteuerung gedämpft werden. Im Krankenhausbereich bieten Reformen hin zu mehr Spezialisierung, klar überprüfbaren Qualitätsvorgaben und einer geringeren Abhängigkeit der Finanzierung von Fallzahlen erhebliche Effizienzpotenziale. Die wenig ausgeprägte Gesundheitsprävention in Deutschland könnte durch Marketingregeln, verbindliche Standards für gesunde Ernährung in Kitas und Schulen sowie durch höhere Steuern oder Mindestpreise auf Tabak, Alkohol und stark zuckerhaltige Lebensmittel gestärkt werden. Höhere Kostenbeteiligungen der Versicherten sind hingegen nur begrenzt geeignet, da sie auch die Inanspruchnahme notwendiger Leistungen durch die Versicherten reduzieren können.

Die Stabilisierung der GKV erfordert in erster Linie eine Begrenzung der Ausgabensteigerung. Reformen auf der Einnahmenseite können hierzu ergänzend beitragen. Die Belastung der GKV durch nicht beitragsgedeckte Leistungen ließe sich durch höhere Bundeszuschüsse oder durch eine Begrenzung solcher Leistungen verringern. Hierzu kann etwa eine Reform der beitragsfreien Mitversicherung beitragen, da sie die GKV entlasten und zugleich die Erwerbsanreize von Zweitverdienenden stärken könnte.

I. EINLEITUNG

420. Das Krankenversicherungssystem in Deutschland dient dazu, die finanziellen Folgen von Erkrankungen abzusichern. Es soll einen verlässlichen Zugang zu medizinisch notwendiger Versorgung sichern und vor einer finanziellen Überlastung durch Behandlungskosten schützen. In der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), in der etwa 90 % der Bevölkerung versichert sind, erfolgt die Finanzierung mit einkommensabhängigen Beiträgen im Umlageverfahren und die Leistungserbringung nach dem Sachleistungsprinzip: Die Leistungen sind dabei unabhängig von der Beitragshöhe sowie dem individuellem Krankheitsrisiko und gehen nur mit geringen Kostenbeteiligungen einher. ↘ ZIFFERN 426 FF. Neben der GKV werden private Zusatzversicherungen für Leistungen angeboten, die durch die GKV nicht oder nur teilweise abgedeckt sind, sowie die substitutive Private Krankenversicherung (PKV) für Personengruppen ohne Versicherungspflicht in der GKV, etwa Selbständige. ↘ ZIFFERN 440 FF. Die PKV erhebt einkommensunabhängige Beiträge, die sich am individuellen Gesundheitsstatus orientieren, und sieht häufig Selbstbeteiligungen vor. Zudem erfolgt die Finanzierung im Kapitaldeckungsverfahren. ↘ ZIFFER 442

421. Sowohl die Höhe als auch die Art der Finanzierung von Gesundheitsausgaben variieren international erheblich. ↘ ZIFFERN 447 FF. Konzeptionell lassen sich zwei grundlegende Finanzierungsmodelle für Gesundheitsausgaben unterscheiden: zum einen eine Finanzierung überwiegend aus allgemeinen Steuermitteln, zum anderen eine Finanzierung überwiegend durch zweckgebundene Beiträge, bis hin zu einkommensunabhängigen Prämien, der Versicherten. ↘ ZIFFERN 448 FF. Beide Modelle haben unterschiedliche Auswirkungen auf Erwerbsanreize und gehen zudem mit verschiedenen Lenkungs- und Steuerungswirkungen auf Versicherte und Leistungserbringer einher. **Das deutsche Gesundheitssystem weist in der GKV eine Beitragsfinanzierung mit Elementen einer Finanzierung aus Steuermitteln auf, in der PKV eine Finanzierung über Prämien der Versicherten.**

Die Gesundheitsausgaben in Deutschland zählen mit 11,7 % des Bruttoinlandsprodukts (BIP) zu den höchsten im OECD-Vergleich. ↘ ZIFFER 447 Trotz dieser überdurchschnittlichen Ausgaben liegt Deutschland bei zentralen Gesundheitsindikatoren, wie der Lebenserwartung oder der subjektiven Gesundheitseinschätzung, lediglich im Bereich des OECD-Durchschnitts, was auf eine geringe Versorgungseffizienz hindeutet. ↘ ZIFFER 452

422. **Die Ausgaben in der GKV sind zwischen dem Jahr 2005 und dem Jahr 2025 preisbereinigt um knapp 64 % gestiegen.** ↘ ZIFFER 430 Im selben Zeitraum sind die beitragspflichtigen Einnahmen, die die Bemessungsgrundlage für die GKV-Beiträge darstellen, preisbereinigt lediglich um knapp 31 % angestiegen. Zur Deckung der Ausgaben wurde der durchschnittliche Beitragssatz zur GKV daher im selben Zeitraum von 14,2 % auf 17,1 % erhöht. ↘ ZIFFER 432 Im Jahr 2026 dürfte der durchschnittliche Beitragssatz auf 17,5 % steigen. Die Beitragssatzerhöhungen zur GKV haben somit wesentlich zum Anstieg des Gesamtsozialversicherungsbeitrags beigetragen. ↘ ZIFFER 343 **Unter dem geltenden Recht ist in der GKV aufgrund einer weiterhin nur langsam wachsenden**

Beitragsbasis bei steigenden Ausgaben mit einem weiteren Anstieg des Beitragssatzes auf 19,8 % bis zum Jahr 2040 zu rechnen. Dieser Anstieg erhöht die Lohnnebenkosten, dämpft die verfügbaren Einkommen und damit den privaten Konsum. Zudem wirkt er über Verhaltensanpassungen von Haushalten und Unternehmen auf Arbeitsangebot sowie -nachfrage, Investitionen und die preisliche Wettbewerbsfähigkeit deutscher Exportgüter auf dem Weltmarkt. ↘ ZIFFERN 350 FF.

423. Der Anstieg der Ausgaben der GKV lässt sich durch verschiedene Faktoren erklären. Dazu zählen zum einen allgemeine, auch in anderen Ländern wirkende Faktoren, wie die **demografische Alterung**, ↘ ZIFFER 454 die Zunahme des Wohlstandes ↘ ZIFFER 455 und die Verbreitung **gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen**, ↘ ZIFFER 456 die die Entstehung und das Fortschreiten vermeidbarer und zugleich kostenintensiver Erkrankungen begünstigen. Hinzu kommt der **medizinisch-technische Fortschritt**, ↘ ZIFFERN 458 F. der neue, häufig hoch spezialisierte Diagnose- und Behandlungsmethoden hervorbringt, die sowohl in der Entwicklung als auch in der Anwendung kostenintensiv sind. Die Bedeutung dieser Faktoren variiert zwischen Ländern und kann damit einen Teil der Unterschiede in der Ausgabenentwicklung erklären.

Zum anderen wird die Ausgabenentwicklung der GKV durch spezifische **Ausgabentreiber** bestimmt, die aus der Organisation des deutschen Gesundheitswesens resultieren. Der größte Teil des Ausgabenanstiegs seit dem Jahr 2004 entfällt auf die Bereiche **Krankenhausbehandlungen** ↘ ZIFFERN 461 FF. und **Arzneimittel**. ↘ ZIFFERN 469 F. Das Vergütungssystem für Krankenhausbehandlungen begünstigt hohe stationäre Fallzahlen und die Aufrechterhaltung einer Vielzahl nicht spezialisierter Kliniken, denen keine entsprechende Nachfrage gegenübersteht. ↘ ZIFFERN 461 FF. Bei Arzneimitteln steigen die Ausgaben, weil sich die Erstattungsbeträge für hochpreisige, patentgeschützte Arzneimittel nicht konsequent am therapeutischen Zusatznutzen orientieren. ↘ ZIFFER 470

424. **Der Anstieg der Gesundheitsausgaben in der GKV könnte durch eine verbesserte Ausgabensteuerung gedämpft werden.** Die im europäischen Vergleich schwach ausgeprägte Gesundheitsprävention in Deutschland könnte durch Marketingregeln, verbindliche Standards für gesunde Ernährung in Kitas und Schulen sowie durch höhere Steuern oder Mindestpreise auf Tabak, Alkohol und stark zuckerhaltige Lebensmittel gestärkt werden. Informationsbasierte Präventionsansätze stoßen häufig an Grenzen, weil sie sozial ungleich genutzt werden und verhaltensökonomische Hürden wie Gewohnheiten, Gegenwartspräferenz und begrenzte Selbstkontrolle nur unzureichend adressieren. ↘ ZIFFERN 476 FF. Preissignale durch Steuern oder Mindestpreise könnten demgegenüber eine höhere Lenkungswirkung entfalten. Höhere allgemeine Kostenbeteiligungen der Versicherten sind hingegen nur begrenzt geeignet, da sie auch die Inanspruchnahme notwendiger Leistungen der Versicherten reduzieren können. ↘ ZIFFERN 481 FF. Im Krankenhausbereich bieten Reformen hin zu mehr Spezialisierung, klar überprüfbaren Qualitätsvorgaben und einer geringeren Abhängigkeit der Finanzierung von Fallzahlen erhebliche Effizienzpotenziale. ↘ ZIFFERN 487 FF. Schließlich könnte der Anstieg der Arzneimittelausgaben gedämpft werden, indem die Bepreisung innovativer Arzneimittel konsequent am therapeutischen Zusatznutzen ausgerichtet wird. ↘ ZIFFER 493

425. Die Stabilisierung der GKV erfordert in erster Linie eine Begrenzung des Ausgabenanstiegs. **Einnahmenseitige Reformen können hierzu ergänzend beitragen, ersetzen jedoch keine strukturellen Anpassungen auf der Ausgabenseite.** Die Belastung der GKV durch nicht beitragsgedeckte Leistungen (NBL) könnte entweder durch eine Erhöhung der Bundeszuschüsse oder eine Verringerung dieser Leistungen reduziert werden. ↘ ZIFFER 495 Hierzu kann auch eine Reform der beitragsfreien Mitversicherung beitragen, da diese die Erwerbsanreize von Zweitverdienenden erhöhen würde. ↘ ZIFFER 496 Eine Ausweitung der Bemessungsgrundlage könnte die Finanzierung der GKV stärken, zugleich jedoch Ausweichreaktionen in die PKV auslösen. Durch eine Anhebung der Einkommensgrenze für die Versicherungspflicht in der GKV oder die Einbeziehung von Beamtinnen und Beamten könnte die Finanzierung der GKV mithilfe einkommensstarker und im Durchschnitt gesünderer Versicherter gestärkt werden. ↘ ZIFFERN 499 F.

II. DAS GESUNDHEITSSYSTEM IN DEUTSCHLAND

1. Gesetzliche Krankenversicherung

426. Die GKV ist als Krankenvollversicherung ausgestaltet und umfasst sowohl pflichtversicherte als auch freiwillig versicherte Personen. ↘ PLUSTEXT 16 **Aktuell sind mit rund 75 Millionen Versicherten knapp 90 % der Bevölkerung in der GKV versichert** (GKV-Spitzenverband, 2026a). Kinder und nicht erwerbstätige bzw. geringfügig beschäftigte Ehepartner können im Rahmen einer Familienversicherung beitragsfrei mitversichert werden. Im Jahr 2023 waren rund 16,8 Millionen Personen beitragsfrei mitversichert (Statistisches Bundesamt, 2025a).

+

↘ PLUSTEXT 16

Hintergrund: Pflichtversicherung in der GKV und Versicherungsfreiheit

Pflichtversichert in der GKV sind Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, sofern ihr regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG, 77 400 Euro im Jahr 2026) nicht überschreitet. Ebenso pflichtversichert sind Auszubildende und Studierende, solange sie das 30. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Rentnerinnen und Rentner sind pflichtversichert, wenn sie eine gesetzliche Rente beziehen und die sog. Vorversicherungszeit erfüllen, d. h. in mindestens 90 % der zweiten Hälfte ihres Erwerbslebens Mitglied der GKV waren. Schließlich sind auch Beziehende von Sozialleistungen und bestimmte Selbständige, wie Künstler und Publizisten, pflichtversichert.

Versicherungsfreiheit besteht für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bei Überschreiten der JAEG, für Selbständige ohne Versicherungspflicht, für Beamtinnen und Beamte sowie für Rentnerinnen und Rentner, die die Voraussetzungen für die Pflichtversicherung nicht erfüllen. Für rund 23 % der Bevölkerung besteht Versicherungsfreiheit (Werbeck et al., 2021), wobei sich knapp mehr als die Hälfte

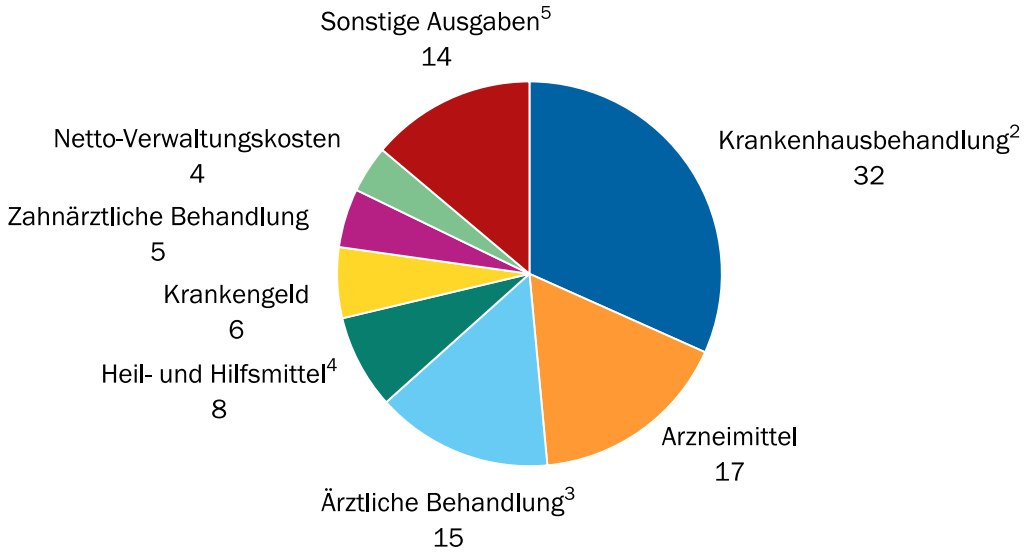
dieser Personen für die PKV statt für eine freiwillige Versicherung in der GKV entscheiden. Auch bei Versicherungsfreiheit besteht seit dem Jahr 2009 die Pflicht, eine Krankenversicherung abzuschließen. Nach Daten des Statistischen Bundesamtes waren im Jahr 2023 in Deutschland rund 72 000 Menschen (weniger als 0,1 % der Bevölkerung) nicht durch eine Krankenversicherung oder sonstigen Anspruch auf Krankenversorgung abgesichert (Statistisches Bundesamt, 2025b).

427. Die Aufgaben der GKV werden durch gesetzliche Krankenkassen in Selbstverwaltung wahrgenommen. Die Krankenkassen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und führen die ihnen zugewiesenen Aufgaben eigenverantwortlich unter Rechtsaufsicht des Bundes und der Länder durch. **Die Anzahl der gesetzlichen Krankenkassen hat sich im Zeitverlauf aufgrund eines gestiegenen Wettbewerbs stark verringert.** Während es im Jahr 1990 noch 1 147 Krankenkassen gab, waren es im Jahr 2026 nur noch 93 (GKV-Spitzenverband, 2026a).

428. **Versicherte der GKV haben Anspruch auf eine ausreichende, dem medizinischen Bedarf entsprechende und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft gemäße Krankenbehandlung**, die durch das Wirtschaftlichkeitsgebot begrenzt wird (SGB V). Hierbei gelten das Solidaritäts- und das Sachleistungsprinzip (GKV-Spitzenverband, 2026b). Das **Solidaritätsprinzip** gewährleistet, dass alle Versicherten unabhängig von ihrer Beitragshöhe und ihrem Krankheitsrisiko Leistungen der GKV

↘ ABBILDUNG 84

GKV-Ausgaben nach Leistungsbereichen im Jahr 2025[1]
Anteil an den Ausgaben in %



1 – Vorläufige Ergebnisse. 2 – Stationäre Versorgung einschließlich aller im Krankenhaus erbrachten ärztlichen und pflegerischen Leistungen inklusive Pflegepersonalkosten. 3 – Ambulante Leistungen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte sowie bestimmte sektorenübergreifende Leistungen in der integrierten Versorgung, Hochschulambulanzen oder Belegarztbehandlungen. 4 – Heilmittel sind nichtärztliche therapeutische Leistungen wie etwa Physiotherapie. Hilfsmittel sind sächliche medizinische Produkte wie zum Beispiel Rollstühle. 5 – Behandlungspflege und häusliche Krankenpflege, Fahrkosten, Früherkennungsmaßnahmen, Reha und Vorsorge, Schutzimpfungen, Schwangerschaft/Mutterschaft und sonstige Aufwendungen.

Quellen: BMG, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-061-01

Daten (CSV)

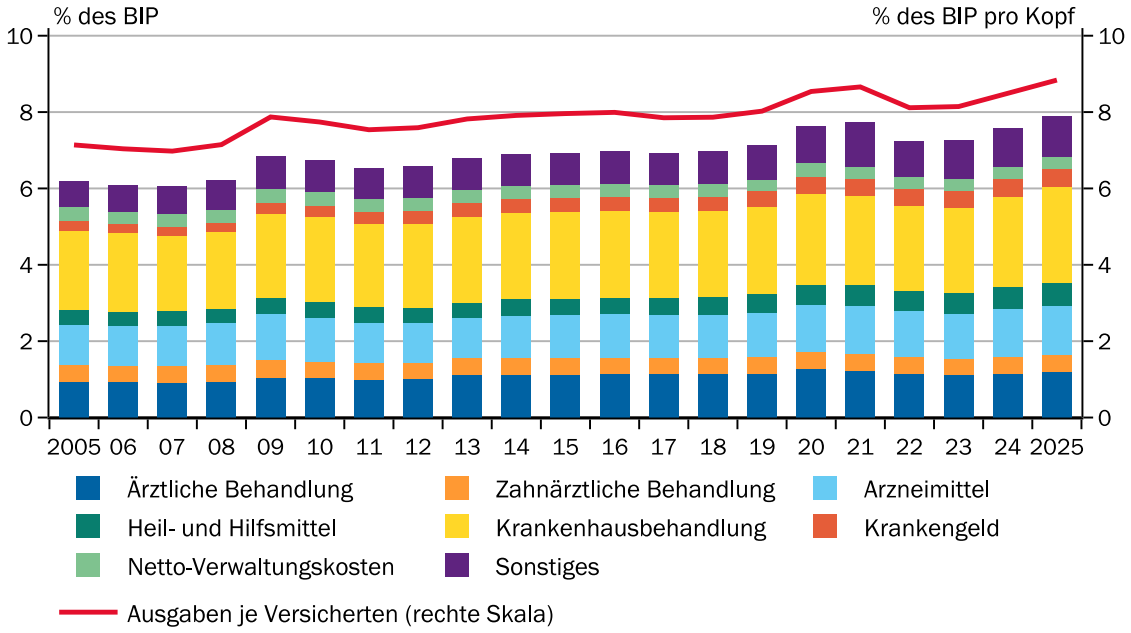
erhalten. Das **Sachleistungsprinzip** stellt die Leistungen ohne finanzielle Vorleistungen der Versicherten sicher. Der Leistungsanspruch von Versicherten in der GKV ist nicht im Detail gesetzlich geregelt, sondern wird im Rahmen der Selbstverwaltung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegt (BMG, 2026a). Der G-BA besteht aus Vertreterinnen und Vertretern der Kostenträger und der Leistungserbringer. Er konkretisiert den Leistungsumfang in verbindlichen Richtlinien und entscheidet über die Aufnahme neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach Bewertung von Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit. Die abrechnungsfähigen ärztlichen Leistungen und deren Vergütung werden im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) festgelegt.

429. Die Ausgaben der GKV beliefen sich im Jahr 2025 auf rund 352 Mrd Euro. **Mit 32 % entfällt der größte Teil der Ausgaben auf Krankenhausbehandlungen, gefolgt von Arzneimitteln (17 %) und ärztlichen Behandlungen (15 %).** ↘ ABBILDUNG 84 Ein relativ geringer Anteil der Ausgaben entfällt auf Vorsorge- und Präventionsmaßnahmen. So machten Rehabilitation, Vorsorge und Früherkennungsmaßnahmen nur knapp 2,3 % der Ausgaben der GKV im Jahr 2025 aus.

430. **Die Ausgaben der GKV je Versicherten sind im Zeitraum von 2005 bis 2025 jährlich preisbereinigt um knapp 2,2 % gestiegen**, wobei sich der Ausgabenanstieg zwischen den einzelnen Leistungsbereichen deutlich unterscheidet. ↘ ZIFFER 460 Gemessen am BIP pro Kopf haben sich die Ausgaben je Versicherten von rund 7,1 % im Jahr 2005 auf rund 8,8 % im Jahr 2025 erhöht. ↘ ABBILDUNG 85 Dies deutet darauf hin, dass die Ausgaben je Versicherten stärker gestiegen sind als die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit und damit tendenziell zu einem steigenden Finanzierungsdruck in der GKV beitragen.

↘ ABBILDUNG 85

Entwicklung der GKV-Ausgaben



Quellen: BMG, Statistisches Bundesamt
© Sachverständigenrat | 26-114-01

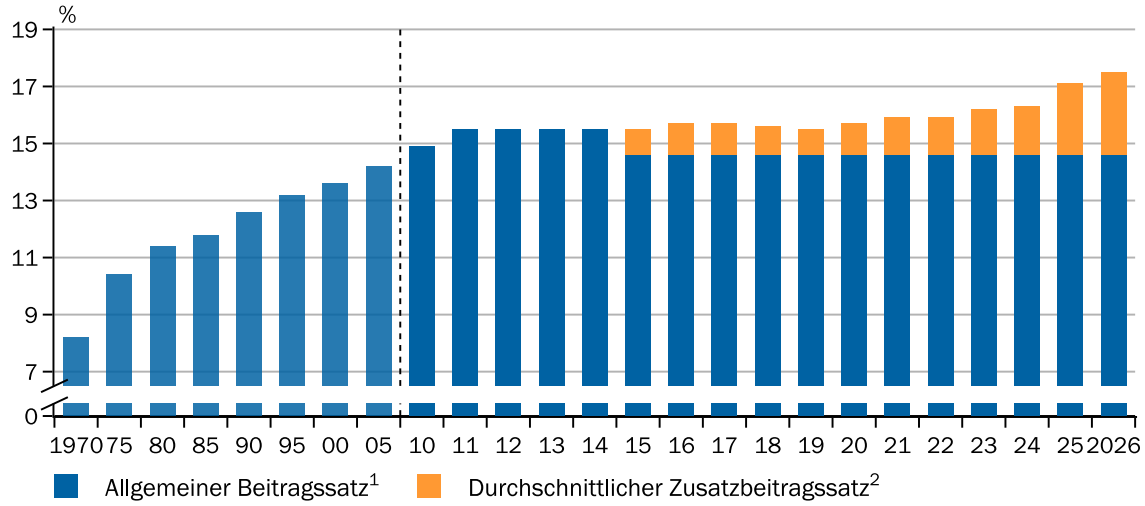
Daten (CSV)

431. Die Finanzierung der GKV erfolgt im **Umlageverfahren** überwiegend durch einkommensabhängige Beiträge, die von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern und Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern bzw. von Rentenbeziehenden und Gesetzlicher Rentenversicherung (GRV) jeweils überwiegend paritätisch getragen werden, sowie durch steuerfinanzierte Bundeszuschüsse. Die Einnahmen der GKV werden seit dem Jahr 2009 im sog. Gesundheitsfonds als Sondervermögen durch das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) verwaltet. Die Bemessungsgrundlage für die Beiträge zur GKV ist das beitragspflichtige jährliche Bruttoarbeitseinkommen bis zur jeweils geltenden Beitragsbemessungsgrenze (BBG, 69 750 Euro im Jahr 2026) bzw. die gesetzliche Rente und gegebenenfalls weitere Alterseinkommen. Für freiwillig GKV-Versicherte werden alle Einkommensarten bis zur BBG herangezogen.

432. Der **Beitragssatz zur GKV** setzt sich aus dem allgemeinen Beitragssatz und einem kassenspezifischen Zusatzbeitragssatz zusammen und wird paritätisch durch Arbeitgeber und Versicherte finanziert. ↘ PLUSTEXT 17 Krankenkassen erheben einen Zusatzbeitrag, um ihren Finanzbedarf jenseits der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu decken. In den vergangenen Jahrzehnten ist die Bemessungsgrundlage der Beiträge, die sog. beitragspflichtigen Einnahmen, deutlich langsamer gewachsen als die Ausgaben der GKV. Im Zeitraum von 2005 bis 2025 sind die beitragspflichtigen Einnahmen preisbereinigt um knapp 1,3 % jährlich gestiegen, während sich die Ausgaben der GKV preisbereinigt um jährlich 2,5 % erhöht haben. Aufgrund dieser auseinanderlaufenden Entwicklung wurde der **Beitragssatz der GKV in den vergangenen Jahrzehnten deutlich erhöht** und dürfte im Jahr 2026 durchschnittlich 17,5 % betragen. ↘ ABBILDUNG 86 Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz ist von 0,9 % im Jahr

↘ ABBILDUNG 86

Entwicklung des Beitragssatzes zur GKV



1 – Zwischen den Jahren 2005 und 2014 einschließlich des GKV-Sonderbeitrags von 0,9 %, der allein von den Versicherten zu tragen war. Zwischen den Jahren 2010 und 2014 ohne Berücksichtigung einkommensunabhängiger monatlicher Zusatzbeiträge. 2 – Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz ist eine rein statistische Größe und entspricht ungefähr dem Prozentsatz, der aus den beitragspflichtigen Einnahmen der GKV eine gegebenenfalls bestehende Finanzierungslücke schließen würde. Er bildet also nicht den Durchschnitt aller kassenindividuellen Zusatzbeiträge. Der Zusatzbeitrag wurde bis zum Jahr 2019 allein von den Versicherten getragen, ab dem Jahr 2019 wird er paritätisch durch die Versicherten und die Arbeitgeber getragen.

Quelle: Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen
© Sachverständigenrat | 26-003-01

Daten (CSV)

2015 auf 2,9 % im Jahr 2026 gestiegen. ↘ ABBILDUNG 86 Die Höhe der Zusatzbeitragssätze unterscheidet sich deutlich zwischen den Krankenkassen und liegt für das Jahr 2026 zwischen 2,18 % und 4,39 %.

↘ PLUSTEXT 17

Finanzierung von Sonder- und Zusatzbeitrag

Historisch wurden die Beiträge in der GKV paritätisch von Arbeitgebern und Versicherten finanziert. Dies wurde im Jahr 2005 durch die Einführung eines sog. Sonderbeitragssatzes in Höhe von 0,9 Prozentpunkten durchbrochen, der allein von den Versicherten zu tragen war und bis Ende des Jahres 2014 Bestand hatte. Ab dem Jahr 2009 konnten die Krankenkassen zusätzlich absolut bemessene und damit einkommensunabhängige monatliche Zusatzbeiträge erheben oder Abschläge gewähren. Das Ziel war, Unterschiede in der Höhe der Krankenversicherungsbeiträge zwischen Krankenkassen transparenter abzubilden, um auf diese Weise den Wettbewerb zwischen den einzelnen Krankenkassen zu intensivieren. Seit dem Jahr 2015 entfällt sowohl der Sonderbeitragssatz als auch der einkommensunabhängige Zusatzbeitrag. Stattdessen wurde der allgemeine Beitragssatz von 15,5 % auf 14,6 % gesenkt und die Möglichkeit eines kassenspezifischen, einkommensabhängigen Zusatzbeitrags geschaffen. Dieser Zusatzbeitrag wurde bis Ende des Jahres 2018 allein von den Versicherten getragen, seitdem jedoch ebenfalls paritätisch geteilt.

433. Neben den einkommensabhängigen Beitragseinnahmen gibt es seit dem Jahr 2004 einen steuerfinanzierten Bundeszuschuss, der zur pauschalen Deckung sog. **nicht beitragsgedeckter Leistungen** (NBL) dienen soll. Mangels einer rechtlichen Definition ist das tatsächliche Ausgabenvolumen für NBL in der GKV nicht genau bestimmbar. Nach den meisten Schätzungen liegt es jedoch deutlich über dem geleisteten Bundeszuschuss (BRH, 2021; Albrecht und Ochmann, 2025). ↘ KASTEN 26 Aufgrund der strukturellen Unterfinanzierung dieser Leistungen kommt es somit zu einer Überwälzung der Ausgaben vom Bundeshaushalt auf die Versicherten der GKV. Der Bundeszuschuss wurde mehrfach zur temporären finanziellen Konsolidierung der GKV oder des Bundeshaushalts angepasst. ↘ ABBILDUNG 87 Seit dem Jahr 2017 beträgt der reguläre Bundeszuschuss 14,5 Mrd Euro. Während der Corona-Pandemie wurde dieser Zuschuss um einen Sonderbundeszuschuss ergänzt und zur Stabilisierung des Beitragssatzes zuletzt durch ein Darlehen aufgestockt. Insgesamt ist der Anteil des Bundeszuschusses an den Gesamtausgaben der GKV in den vergangenen Jahren, mit Ausnahme der Corona-Pandemie, rückläufig und beträgt im Jahr 2026 voraussichtlich rund 5,2 % der Gesamtausgaben.

↘ KASTEN 26

Hintergrund: Nicht beitragsgedeckte Leistungen in der GKV

NBL, auch versicherungsfremde Leistungen genannt, sind in der GKV nicht eindeutig definiert. Das BMG (2026a) definiert versicherungsfremde Leistungen als „medizinische Leistungen, die familienpolitisch motiviert oder von gesamtgesellschaftlichem Interesse sind". Es zählt hierzu unter anderem die beitragsfreie Mitversicherung von nicht berufstätigen bzw. geringfügig beschäftigten Ehepartnern sowie Kindern, Leistungen rund um Schwangerschaft und Mutterschaft, Kinderkrankengeld oder auch die Förderung von Forschungsvorhaben zur innovativen medizinischen Versorgung (BMG, 2026b). Verschiedene Studien schätzen die Höhe von NBL in der GKV auf bis zu 60 Mrd Euro jährlich (BRH, 2021; Berndt et al., 2024; Albrecht und Ochmann, 2025).

In den meisten Studien wird die beitragsfreie Mitversicherung von Familienmitgliedern als NBL klassifiziert und stellt deren größten Posten dar. Die Ausgaben für beitragsfrei mitversicherte Ehepartner beliefen sich nach Schätzungen in den Jahren 2022 und 2023 auf 9,4 bzw. 9,7 Mrd Euro und für beitragsfrei mitversicherte Kinder auf 23,3 bzw. 23,6 Mrd Euro (Berndt et al., 2024; Albrecht und Ochmann, 2025). Ältere Schätzungen kommen zu ähnlichen Ergebnissen (Greß und Stegmüller, 2014; GKV-Spitzenverband, 2018). Bei der Klassifikation dieser Ausgaben als NBL ist zu berücksichtigen, dass Kinder und Kindererziehung im Umlageverfahren der GKV eine konstitutive Rolle spielen. Kinder sind zukünftige Beitragszahler und sichern damit die Funktionsfähigkeit des Systems. Ihre beitragsfreie Mitversicherung (sowie jene kindererziehender Ehepartnerinnen und Ehepartner) kann daher auch als systemimmanentes Element des Umlageverfahrens interpretiert werden (Albrecht und Ochmann, 2025).

Ausgaben der GKV für Grundsicherungsgeldbeziehende werden in der Regel ebenfalls als NBL gewertet. Als nicht beitragsgedeckt kann die Differenz zwischen den vom Bund für Grundsicherungsgeldbeziehende gezahlten GKV-Pauschalbeiträgen (133 Euro pro Monat) und den tatsächlichen Ausgaben gewertet werden. Diese Differenz betrug für das Jahr 2022 5,8 Mrd Euro (bzw. 9,2 Mrd Euro, wenn Ausgaben für familienversicherte Angehörige hinzugerechnet werden (Albrecht und Ochmann, 2025)). Alternativ kann lediglich die Lücke zwischen der staatlichen Pauschale und dem hypothetischen GKV-Beitrag, der sich bei einem Arbeitsentgelt mit Nettoeinkommen in Höhe des durchschnittlichen Grundsicherungsgelds ergibt, als nicht beitragsgedeckt betrachtet werden. Albrecht und Ochmann (2025) kommen so auf einen hypothetischen monatlichen GKV-Beitrag von rund 221 Euro, der deutlich über der aktuell gezahlten Pauschale von 133 Euro liegt. Gemäß dieser Berechnung ergibt sich, ohne Berücksichtigung familienversicherter Familienangehöriger, ein Volumen der NBL für Grundsicherungsgeldbeziehende von 4,2 Mrd Euro pro Jahr.

Die indirekte Mitfinanzierung von Krankenhausinvestitionen durch die GKV-finanzierte Vergütung von Krankenhausleistungen wird ebenfalls häufig als NBL qualifiziert. Nach den im KHG verankerten Regeln der dualen Finanzierung sollten diese Ausgaben von den Ländern getragen werden. Seit vielen Jahren ergibt sich jedoch eine Differenz zwischen dem tatsächlichen Bedarf und der dafür vorgesehen Länderförderung. Diese Förderlücke wird für das Jahr 2022 auf 2,5 bis 4,5 Mrd Euro geschätzt und durch die Krankenhausvergütungen indirekt durch die GKV übernommen (KH-Regierungskommission, 2025).

Zur systematischen Einordnung schlagen Albrecht und Ochmann (2025) eine Klassifikation vor, nach der Leistungen als nicht beitragsgedeckt gelten, wenn sie nicht durch die Versichertengemeinschaft verursacht werden (Personenbezug), nicht dem Versicherungszweck zuzuordnen sind (Leistungsbezug) oder (teilweise) außerhalb der Versichertengemeinschaft wirken (Wirkungsbereich). Auf dieser Grundlage schätzen sie 21,7 Mrd Euro als „begründbar" und weitere 35,9 Mrd Euro als „teilweise begründbar" nicht beitragsgedeckt ein. ↘ TABELLE 25 Ohne Berücksichtigung der in den Zuständigkeitsbereich der Länder fallenden Förderlücke bei

den Krankenhausinvestitionen, ergäbe sich somit eine Unterdeckung des Bundeszuschusses von rund 4 bis 40 Mrd Euro.

↘ TABELLE 25

Klassifizierung potenzieller nicht beitragsgedeckter Leistungen für das Jahr 2024 nach Albrecht und Ochmann (2025)[1]

	Mio Euro
„Begründbar" nicht beitragsgedeckt	
Ausgaben für beitragsfrei mitversicherte Ehepartner (inkl. Verwaltungskosten)	11 353
Beitragsreduzierung für erwerbsfähige Grundsicherungsgeldbeziehende[2]	4 200
Indirekte Mitfinanzierung von Krankenhausinvestitionen	3 430
Beitragsfreiheit für Eltern- und Mutterschaftsgeld	1 000
Beitragsreduzierung Midi-Jobs	808
Sonstiges[3]	954
Insgesamt	21 745
„Teilweise begründbar" nicht beitragsgedeckt	
Ausgaben für beitragsfrei mitversicherte Kinder (inkl. Verwaltungskosten)	25 125
Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft	5 243
Schutzimpfungen	3 224
Nicht-kostendeckende Beiträge für Grundsicherungsgeldbeziehende[4]	1 607
Sonstiges[5]	704
Insgesamt	35 903
„Kaum begründbar" nicht beitragsgedeckt	
Hospiz- und Palliativversorgung	1 603
Freibeträge bei Leistungen der betrieblichen Altersversorgung	1 200
Telematikinfrastruktur und Dateninfrastruktur	1 011
Verhütung von Zahnerkrankungen (Individual-/Gruppenprophylaxe)	681
Strukturfonds, Förderung Geburtshilfe und weitere	583
Sonstiges[6]	1 481
Insgesamt	6 559

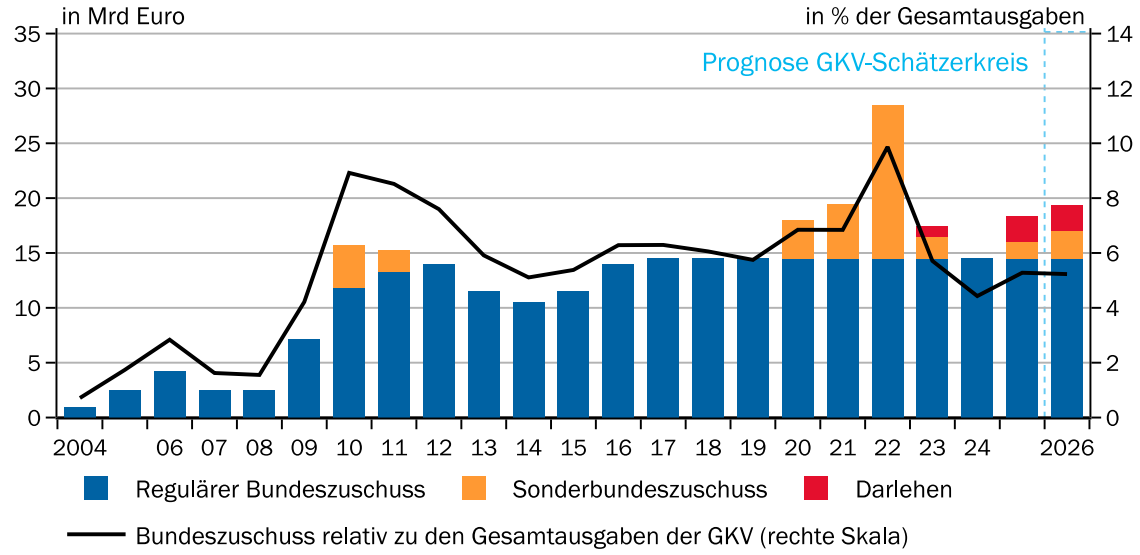
1 – Aufgrund fehlender aktueller Daten basieren einige Berechnungen auf Daten der Jahre 2022 und 2023.
2 – Differenz zwischen den vom Bund für Grundsicherungsgeldbeziehende gezahlten Beiträgen und den Beiträgen, die bei einem Arbeitsentgelt mit Nettoeinkommen in Höhe des durchschnittlichen Grundsicherungsgelds theoretisch anfallen würden. Ohne Ausgaben für beitragsfrei mitversicherte Ehepartner und Kinder. 3 – Umfasst Beitragsreduzierung für pflichtversicherte Studierende, Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung, anteilige Förderung von Aus- und Weiterbildung (Allgemeinmedizin, Pflege). 4 – Differenz zu den tatsächlichen Ausgaben für Grundsicherungsgeldbeziehende, die sich zusätzlich zu dem als „begründbar" eingestuften Ansatz ergäbe. Ohne Ausgaben für beitragsfrei mitversicherte Ehepartner und Kinder. 5 – Umfasst Kinderkrankengeld, Krankengeld bei Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Eltern, Betriebs- und Haushaltshilfen. 6 – Umfasst Leistungen für Empfängnisverhütung, anteilige Förderung von Aus- und Weiterbildung (Allgemeinmedizin, Pflege), Primärprävention (Individualansatz), Innovationsförderung im Gesundheitswesen, Verbraucher- und Patientenschutz.

Quelle: Albrecht und Ochmann (2025)
© Sachverständigenrat | 26-025-01
Daten (XLSX)

434. Die gesetzlichen Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds für jede versicherte Person eine einheitliche Grundpauschale, die Unterschiede der durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten ausgleicht. Im Rahmen eines **morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA)** werden auf diese Grundpauschale alters-, geschlechts-, risiko- und regional adjustierte Zu- und Abschläge angewandt. Die kassenindividuellen Zusatzbeiträge werden an die jeweiligen Krankenkassen ausgezahlt. Da sie auf Basis des durchschnittlichen Einkommens aller Versicherten berechnet werden,

↘ ABBILDUNG 87

Entwicklung des Bundeszuschusses zur GKV



Quellen: BAS, BMG, Bundesrechnungshof, GKV-Schätzerkreis, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-042-01

Daten (CSV)

kommt es hierbei zu einem Ausgleich der unterschiedlichen Einkommensstruktur zwischen den Krankenkassen. Durch den finanziellen Ausgleich der Ungleichverteilung von Ausgabenrisiken (Morbidität ↘ GLOSSAR) soll die Risikoselektion von Versicherten vermieden und gleiche Wettbewerbsvoraussetzungen für alle Krankenkassen geschaffen werden.

Die Ausgestaltung des Morbi-RSA setzt nur sehr schwache Anreize für die Krankenkassen, Prävention zu fördern. Derzeit erhalten alle Krankenkassen eine Vorsorgepauschale aus dem Morbi-RSA, wenn Versicherte Vorsorgeleistungen in Anspruch nehmen. Die finanziellen Effekte dieser Pauschale sind jedoch gering. Im Jahr 2021 machten die Zuweisungen für Vorsorgeleistungen nur knapp 0,1 % aller Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds aus und deckten 5,2 % der Ausgaben für Vorsorgeleistungen (Drösler et al., 2025).

435. **Wettbewerbsmöglichkeiten zwischen den gesetzlichen Krankenkassen bestehen primär über den Zusatzbeitragssatz**, ↘ ZIFFER 432 da der Leistungskatalog weitgehend gesetzlich vorgegeben ist und der Morbi-RSA Unterschiede in der Versichertenstruktur finanziell neutralisiert. ↘ ZIFFER 434 Im internationalen Vergleich reagieren Versicherte in Deutschland sensibler auf Preisänderungen als beispielsweise in den Niederlanden (Pendzialek et al., 2016). Insbesondere zwischen den Jahren 2009 und 2015 kam es durch die einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge zu einem erhöhten Wechsel der Versicherten zwischen den Krankenkassen (Schmitz und Ziebarth, 2017). Weitere Differenzierungsmöglichkeiten bestehen aktuell über Wahltarife, ↘ ZIFFER 439 Serviceangebote und selektive Versorgungsverträge. Analysen mit dem Sozio-oekonomischen Panel (SOEP) zeigen, dass sich diese Angebote kaum auf die Wahl der Krankenkasse auswirken (Bünnings et al., 2015).

436. **Versicherte in der GKV müssen sich an den Kosten bestimmter Gesundheitsleistungen beteiligen.** Dies soll das Kostenbewusstsein bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen stärken und präventives Verhalten

fördern (BMG, 2025a), was jedoch in der Praxis nur begrenzt gelingt. ↘ KASTEN 27 Zudem werden, in geringem Umfang, zusätzliche Einnahmen für die GKV erzielt. Kostenbeteiligungen zielen auf das der GKV als Vollversicherung inhärente Moral-Hazard-Problem ab: Für Versicherte sind die Grenzkosten zusätzlicher Arztkontakte und Behandlungen gering, da die Kosten vollständig versichert sind (Hoh und Honekamp, 2010; Busse et al., 2017). Im internationalen Vergleich ist der Anteil der von Versicherten privat getragenen Kosten in Deutschland niedrig. ↘ ABBILDUNG 88

↘ KASTEN 27

Hintergrund: Empirische Evidenz zur Wirkung von Zuzahlungen

Empirische Studien haben sowohl international als auch für Deutschland gezeigt, dass Zuzahlungen einen Steuerungseffekt auf Arztbesuche, Medikamente und ambulante Versorgung haben und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen reduzieren (Kiil und Houlberg, 2014; Fusco et al., 2023). Beispielsweise führte die Erhöhung der Arzneimittelzuzahlungen um 5 DM im Jahr 1997 zu einem Rückgang der Zahl der Arztbesuche um 10 bis 15 % (Winkelmann, 2004). Im stationären Bereich haben geringe Kostenbeteiligungen hingegen vor allem eine Finanzierungsfunktion, da die Inanspruchnahme größtenteils durch ärztliche Entscheidungen oder akute Notfälle bestimmt ist, sodass Zuzahlungen kaum Steuerungswirkung entfalten (Kiil und Houlberg, 2014).

Für eine effektive Steuerungswirkung ist die Ausgestaltung und Zielrichtung der Zuzahlung relevant. Internationale Studien beziffern die Preiselastizität der Nachfrage auf etwa –0,2 (Manning et al., 1987; Chandra et al., 2010; Aron-Dine et al., 2013). Versicherte reagieren zudem besonders auf Kosten, die direkt bei der Inanspruchnahme der Leistung anfallen, und weniger auf zeitverzögert anfallende Kostenbeteiligungen (Aron-Dine et al., 2015; Simonsen et al., 2021). So führte die Erhebung einer Praxisgebühr von 10 Euro zwischen den Jahren 2004 und 2012 in Deutschland nicht zu einer Reduktion der Arztbesuche. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Gebühr quartalsweise und nicht pro Arztbesuch erhoben wurde und somit nach dem ersten Arztbesuch in einem Quartal keine Steuerungswirkung entfaltete (Augurzky et al., 2006; Schreyögg und Grabka, 2010).

Jenseits der Steuerungswirkung können Zuzahlungen hinsichtlich ihres Effekts auf die kurz- und langfristige Gesundheit, auf die Gesundheitskosten sowie hinsichtlich ihrer Verteilungswirkung beurteilt werden. Die meisten empirischen Studien finden keine kurzfristigen negativen Effekte von höheren Zuzahlungen auf die Gesundheit der Versicherten (Kiil und Houlberg, 2014; Shigeoka, 2014; Fusco et al., 2023). Höhere Kostenbeteiligungen können jedoch das Ausbleiben medizinisch notwendiger Versorgungsleistungen befördern, da Patienten sowohl die Inanspruchnahme medizinisch nötiger als auch unnötiger Leistungen reduzieren (Chandra et al., 2010, 2024; Brot-Goldberg et al., 2017). Studien für die USA deuten darauf hin, dass höhere Zuzahlungen dort eine Verschiebung von Behandlungen aus dem ambulanten in den stationären Bereich verursachen, hinsichtlich der absoluten Gesundheitskosten jedoch neutral sind (Chandra et al., 2010; Fusco et al., 2023).

Pauschale Zuzahlungen wirken regressiv, da vulnerable Personen wie chronisch Kranke, Alte und Versicherte mit niedrigem Einkommen stärker durch Eigenbeteiligungen belastet werden. Entsprechend reduzieren vulnerable Gruppen auch bei geringen Zuzahlungen wie einer Praxisgebühr von 10 Euro die Inanspruchnahme von Leistungen stärker als andere Gruppen (Kiil und Houlberg, 2014; Johansson et al., 2019; Xu und Bittschi, 2022). In der Folge sind sie auch von negativen Auswirkungen auf die langfristige Gesundheit und Mortalität stärker betroffen (Chandra et al., 2010, 2024).

437. In der GKV werden obligatorische Kostenbeteiligungen in Form von **Zuzahlungen** geleistet. Versicherte leisten bei Arzneimitteln in der Regel eine Zuzahlung in Höhe von 10 %, mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro, aber nie mehr als die tatsächlichen Kosten des jeweiligen Mittels. Für Heilmittel, wie etwa Physiotherapie, sind 10 % des Abgabepreises zuzüglich 10 Euro je Verordnung zu zahlen, sofern die Zuzahlung die tatsächlichen Kosten nicht überschreitet. Zuzahlungen für Krankenhausaufenthalte, Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen sowie Krankenpflege betragen 10 Euro pro Tag für maximal 28 Tage. Im Jahr 2024 entrichteten GKV-Versicherte durchschnittlich 66 Euro an Zuzahlungen, davon 35 Euro für Arzneimittel. ↘ ABBILDUNG 98 ANHANG Die Gesamteinnahmen der GKV durch Zuzahlungen im Jahr 2025 lagen bei 5,0 Mrd Euro (BMG, 2026c).

438. Die Zuzahlungen fallen für die einzelnen Versicherten nur bis zur sog. Belastungsgrenze an. Diese beträgt 2 % des jährlichen Bruttoeinkommens (abzüglich von Freibeträgen) bzw. 1 % für chronisch kranke Versicherte. Die Belastungsgrenze soll Versicherte vor einer übermäßigen finanziellen Belastung schützen. Im Jahr 2025 waren knapp 4,3 Millionen Versicherte zuzahlungsbefreit, da sie die Belastungsgrenze von 1 % des jährlichen Bruttoeinkommens überschritten hatten, und rund 200 000 Versicherte, da sie die Belastungsgrenze von 2 % überschritten hatten (BMG, 2026d).

439. Neben Zuzahlungen gibt es in der GKV weitere Instrumente der Kostenbeteiligung (SVR Gesundheit, 2018). Bonusprogramme der Krankenkassen sollen Versicherte zu gesundheitsförderlichem Verhalten und Vorsorgemaßnahmen anhalten. Wahltarife mit Selbstbehalten, Beitragsrückerstattungen oder Leistungsbeschränkungen sollen ähnlich wie Zuzahlungen die Inanspruchnahme von Leistungen begrenzen. Empirische Studien für Deutschland zeigen, dass solche Instrumente die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen und Gesundheitskosten verringern und präventives Verhalten begünstigen können (Felder und Werblow, 2008; Thönnes, 2019; Augurzky et al., 2026). Gleichzeitig begünstigt der freiwillige Charakter Selektions- und Mitnahmeeffekte. In der Praxis nutzen die Krankenkassen Bonusprogramme verstärkt zur Mitgliederwerbung und -bindung (Deutscher Bundestag, 2021a), und Wahltarife mit Rückerstattungen werden von den Versicherten kaum genutzt. ↘ ZIFFER 503

2. Private Krankenversicherungen

440. Neben der GKV können sich Personen entweder ergänzend oder unter bestimmten Voraussetzungen vollständig privat krankenversichern. Der Anteil der Gesundheitsausgaben für private Krankenversicherungsleistungen an den Gesamtausgaben betrug im Jahr 2023 rund 8 % (Statistisches Bundesamt, 2026a). Private Krankenzusatzversicherungen decken Leistungen ab, die nicht oder nur eingeschränkt Teil des Leistungskatalogs der GKV sind, etwa im Bereich von Zahnersatz oder stationären Wahlleistungen. Die vollständige private Krankenversicherung (PKV) ersetzt hingegen die GKV als Primärversicherung. In die PKV können Personen wechseln, für die eine Versicherungsfreiheit in der GKV besteht. ↘ PLUSTEXT 16 **Insgesamt sind fast 9 Millionen Personen, also etwa 10 % der Bevölkerung, vollständig privat krankenversichert**, wobei mehr als die Hälfte davon auf Beamtinnen und Beamte sowie deren Angehörige

entfällt (PKV-Verband, 2026a). Ein Wechsel zurück in die GKV ist nur unter strengen Voraussetzungen möglich und ab einem Alter von 55 Jahren weitgehend ausgeschlossen.

441. Im Jahr 2024 hatten 43 % der GKV-Versicherten mindestens eine **private Zusatzversicherung** (PKV-Verband, 2026a). Mit 20,2 Millionen Versicherten sind Zahnzusatzversicherungen die häufigste private Zusatzversicherung zum GKV-Schutz, gefolgt von solchen für ambulante Leistungen (9,3 Millionen Versicherte) und Wahlleistungen im Krankenhaus (6,9 Millionen Versicherte). Ein Teil der von Zusatzversicherungen abgedeckten Leistungen betrifft primär den Komfort (z. B. Einbettzimmer) und ist nicht zwingend mit besseren gesundheitlichen Behandlungsergebnissen verbunden.

442. Während die GKV überwiegend umlagefinanziert ist, **basiert die PKV auf dem Kapitaldeckungsverfahren** ↘ GLOSSAR, mit einem international nahezu einzigartigen Arrangement. Beiträge in der PKV dienen neben der Deckung aktueller Krankheitskosten dem Aufbau individueller Alterungsrückstellungen, die die Prämien über den Lebensverlauf glätten und Beitragserhöhungen im Alter begrenzen. Die kapitalmarktbasierte Anlage dieser Rückstellungen macht die Finanzierung der PKV im Gegensatz zur GKV weitgehend unabhängig von der erwartbaren demografischen Entwicklung. Ihr Volumen belief sich im Jahr 2025 auf rund 355 Mrd Euro (PKV-Verband, 2026b). Aufgrund der eingeschränkten Übertragbarkeit der Altersrückstellungen ist ein Wechsel zwischen privaten Krankenversicherungen kaum möglich. Zudem kennt die PKV keine beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen, sodass für jede versicherte Person ein eigener Beitrag anfällt. Für Beamtinnen und Beamte übernimmt der Dienstherr im Rahmen der steuerfinanzierten **Beihilfe** einen Teil der Krankheitskosten.

443. Die Zugangsbeschränkung auf bestimmte Gruppen mit Versicherungsfreiheit, die risikoorientierte Beitragsgestaltung der PKV sowie die Möglichkeit zu einer freiwilligen GKV-Mitgliedschaft implizieren eine **systematische Risikoselektion**. Der Zugang zur privaten Krankenvollversicherung ist nur Personen eines bestimmten Erwerbsstatusses oder Einkommens möglich ↘ PLUSTEXT 16 und mit einer Gesundheitsprüfung verbunden. Die Prämienkalkulation erfolgt risikoorientiert und hängt insbesondere vom Eintrittsalter, vom Gesundheitszustand bei Vertragsabschluss sowie vom gewählten Tarif ab, nicht jedoch vom laufenden Einkommen. Dies steht im Gegensatz zur GKV, die Risiken kollektiv bündelt und einen expliziten Einkommens- und Risikoausgleich vorsieht. Durch die Prämiengestaltung wird in der PKV versicherungsmathematische Äquivalenz erreicht, eine solidarische Risikoteilung findet nur hinsichtlich Verschlechterungen des Gesundheitszustandes nach Aufnahme in die Versicherung statt.

Privat Krankenversicherte sind älter, häufiger männlich, besser gebildet und verfügen über ein deutlich höheres Haushaltsnettoeinkommen als GKV-Versicherte. ↘ TABELLE 27 ANHANG Zudem weisen sie einen besseren Gesundheitszustand auf, gemessen an subjektiver Gesundheit und der Prävalenz chronischer Erkrankungen. Trotz besserer Gesundheit besuchen sie Arztpraxen in gleicher Häufigkeit wie GKV-Versicherte, verweilen jedoch kürzer im Krankenhaus. Der bessere Gesundheitszustand ist auch mit einem präventiveren Lebensstil verbunden, etwa geringerem Tabakkonsum.

444. Die Vollversicherung in der PKV ermöglicht eine weitgehende **Differenzierung des Versicherungsschutzes** über Tarifwahl, Selbstbehalte sowie Zusatz- und Wahlleistungen und erlaubt damit eine stärkere Anpassung an individuelle Präferenzen und Zahlungsbereitschaften. Der Leistungsumfang in der PKV ist, abhängig vom gewählten Tarif, umfangreicher oder begrenzter als in der GKV. So ist beispielsweise Krankengeld nicht in der PKV enthalten und kann nur durch private Zusatzversicherungen abgedeckt werden. In der ambulanten Versorgung profitieren Privatversicherte von einem schnelleren Zugang zu neuen und innovativen Behandlungsmethoden als GKV-Versicherte (Walendzik et al., 2021), im stationären Bereich sind die Leistungsansprüche äquivalent. Ob die PKV bessere Gesundheitsergebnisse bei ihren Versicherten erzielt, ist empirisch umstritten (Hullegie und Klein, 2010; Stauder und Kossow, 2017; Dauth, 2021).

445. Auf der Angebotsseite unterscheiden sich GKV und PKV durch ihre Vergütungsmechanismen. Behandlungen von niedergelassenen Ärzten werden in der PKV nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und in der GKV nach dem EBM vergütet, was mit unterschiedlichen Honorarniveaus und **Behandlungsanreizen** einhergeht. So erhalten Ärztinnen und Ärzte für die gleiche Leistung bei Privatversicherten im Durchschnitt ein bis zu mehr als doppelt so hohes Honorar wie bei GKV-Versicherten (Walendzik et al., 2008). Die für das Jahr 2026 angekündigte Reform der GOÄ könnte diese Vergütungsunterschiede weiter verstärken (Reinhardt, 2025). Privatabrechnungen machen gemessen an der Anzahl der Privatversicherten mit 28 % einen überproportional hohen Anteil an den Einnahmen der Arztpraxen aus (Statistisches Bundesamt, 2025c). Ob Vergütungsunterschiede zu einer Überversorgung der Privatversicherten führen, ist empirisch jedoch nicht belegt.

Vergütungsunterschiede und quartalsbezogene Mengenbeschränkungen im EBM führen dazu, dass Privatversicherte bei der Terminvergabe bevorzugt werden und infolgedessen halb so lange **Wartezeiten** wie GKV-Versicherte haben (Schmitz, 2013; Werbeck et al., 2021). Internationale Studien zeigen, dass sich längere Wartezeiten kaum auf die Genesung nach Bagatellerkrankungen auswirken (Lewis et al., 2018), jedoch die Mortalität erhöhen können, soweit sie Behandlungen schwererer Erkrankungen verzögern (Han et al., 2021; Arabadzhyan et al., 2025; Costantini, 2025). Insbesondere im Bereich der psychischen Gesundheit können längere ambulante Wartezeiten krankheitsbedingte Fehlzeiten und damit die unmittelbaren gesamtwirtschaftlichen Kosten von Erkrankungen erhöhen und die langfristige Erwerbsbeteiligung senken (Godøy et al., 2024; Prudon, 2025). In der stationären Versorgung entstehen durch die einheitliche, fallpauschalenbasierte Vergütung keine gesonderten Behandlungsanreize.

446. Die PKV erfüllt im deutschen Krankenversicherungssystem sowohl eine ergänzende als auch eine substitutive Funktion. Als Substitut zur GKV ermöglicht sie bestimmten Bevölkerungsgruppen den vollständigen Systemwechsel. Durch die positive Selektion in die PKV ist die Versicherung in der GKV teurer, als es bei einem vollständigen Pooling der Risiken und Einkommen aller Krankenversicherten der Fall wäre (Ochmann et al., 2020). Die PKV kann jedoch positive Externalitäten für GKV-Versicherte generieren, wenn sie durch die Nachfrage zusätzlicher Leistungen und die höhere ambulante Vergütung Investitionen in die

medizinische Infrastruktur und Versorgungsqualität fördert, die auch die Versorgung von GKV-Versicherten verbessern. Zudem könnte die im Vergleich zur GKV frühere Erstattung neuer Behandlungsmethoden in der PKV die medizinische Innovationstätigkeit oder die Verbreitung neuer Verfahren begünstigen. Zur Bedeutung dieser Mechanismen gibt es jedoch keine empirische Evidenz. Durch ihre Alterungsrückstellungen trägt die PKV aber substanziell zur Vorfinanzierung zukünftiger Gesundheitsausgaben bei, die in Folge der demografischen Alterung in den kommenden Jahren und Jahrzehnten deutlich steigen dürften. ↘ ZIFFER 472

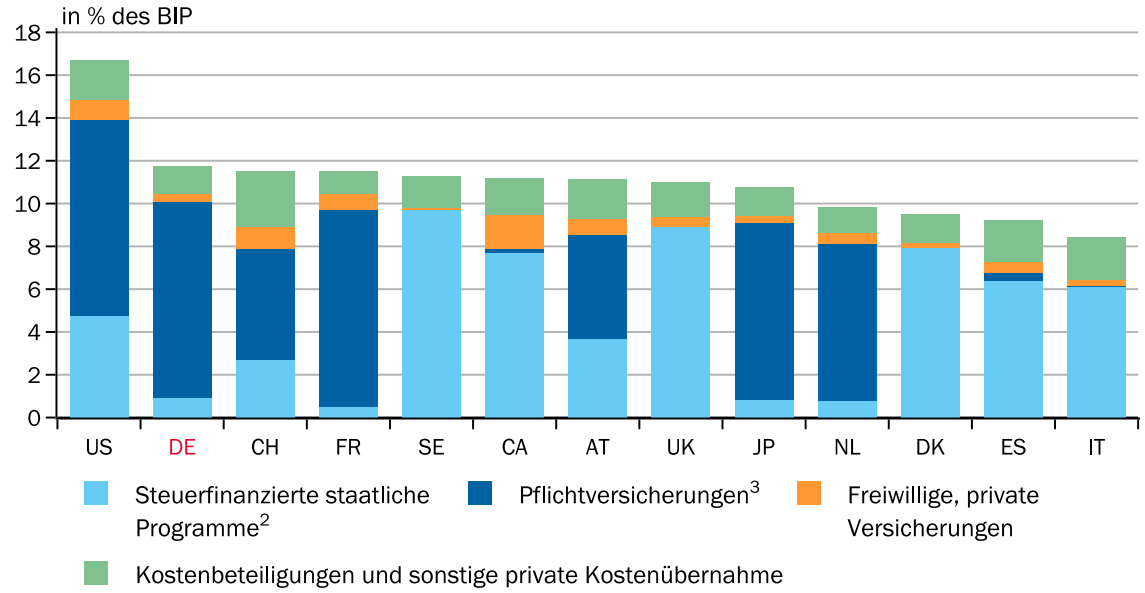
3. Das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich

447. Die USA weisen im Vergleich der OECD-Staaten mit Gesundheitsausgaben in Höhe von 16,7 % des BIP das kostenintensivste Gesundheitssystem auf. ↘ ABBILDUNG 88 **Im europäischen Vergleich sind die Gesundheitsausgaben in Deutschland** mit 11,7 % des BIP im Jahr 2023 jedoch **am höchsten** (OECD und European Observatory, 2025). Diese Ausgaben werden in Deutschland zu knapp 79 % durch die verpflichtenden Krankenversicherungen finanziert und zu knapp 8 % durch staatliche Programme wie beispielsweise Beihilfe und Investitionen der Länder in die Krankenhausinfrastruktur. Die übrigen Gesundheitsausgaben speisen sich aus freiwilligen privaten Zusatzversicherungen (3 %) und Selbstzahlungen (11 %). Der internationale Vergleich zeigt deutliche Unterschiede in der Finanzierungsstruktur, insbesondere im Verhältnis zwischen steuerfinanzierten Systemen und beitragsfinanzierten Pflichtversicherungen. Diese Unterschiede haben Implikationen für Erwerbsanreize, Verteilungswirkungen und die Ausgabendynamik. Diese Unterschiede in der Finanzierungsstruktur von Gesundheitssystemen sind geprägt durch historisch-institutionelle Pfadabhängigkeiten.

448. Die Unterschiede in der **Finanzierungsstruktur** lassen sich konzeptionell auf **zwei grundlegend verschiedene Modelle** zurückführen: Gesundheitsausgaben könnten im Extremfall entweder gänzlich nach dem **Solidarprinzip** durch allgemeine Steuermittel oder gänzlich nach dem **Versicherungsprinzip** durch einkommensunabhängige Prämien der Versicherten finanziert werden. **International dominieren Mischsysteme**, wobei einige Staaten (z. B. das Vereinigte Königreich und Italien) stärker auf steuerfinanzierte, andere (z. B. die Schweiz) stärker auf beitrags- oder prämienbasierte Systeme setzen. ↘ ABBILDUNG 88 In Deutschland sind die von den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern sowie Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern getragenen zweckgebundenen Beiträge die wichtigste Einnahmequelle der GKV. ↘ ZIFFER 431 Sie sind abhängig vom Einkommen und haben aufgrund der damit verbundenen Umverteilungsmechanismen steuerähnlichen Charakter. ↘ ZIFFERN 362 UND 364 Darüber hinaus existieren steuerfinanzierte Zuschüsse zur GKV. ↘ ZIFFER 433 Neben der GKV existiert mit der PKV ein System, das auf einkommensunabhängigen, risikoorientierten Prämien beruht. ↘ ZIFFER 440 **Das deutsche Gesundheitssystem finanziert sich somit überwiegend nach dem Solidarprinzip, weist aber auch Elemente einer Finanzierung nach dem Versicherungsprinzip** auf.

↘ ABBILDUNG 88

Finanzierung von Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich[1] im Jahr 2023



1 – US-USA, DE-Deutschland, CH-Schweiz, FR-Frankreich, SE-Schweden, CA-Kanada, AT-Österreich, UK-Vereinigtes Königreich, JP-Japan, NL-Niederlande, DK-Dänemark, ES-Spanien, IT-Italien. 2 – Umfasst für Deutschland unter anderem staatliche Zuschüsse zur GKV. 3 – Umfasst für Deutschland die Beiträge zur GKV sowie zur PKV-Pflichtversicherung.

Quelle: OECD
© Sachverständigenrat | 26-041-03

Daten (CSV)

449. In **steuerfinanzierten Systemen** werden die Finanzierungslasten des Gesundheitswesens aus dem allgemeinen Steueraufkommen gedeckt. Die Verteilungswirkungen hängen damit von der Steuerstruktur ab. Ein höherer Finanzierungsbedarf des Gesundheitswesens schlägt sich nicht unmittelbar in gesondert ausgewiesenen Belastungen der Versicherten nieder. In prämien- oder beitragsbasierten Systemen ist dieser Zusammenhang direkter, weil die Finanzierungslasten der Gesundheitsversorgung eigenständig gedeckt und damit für die Versicherten unmittelbar sichtbar werden. Der Zugang zu Gesundheitsleistungen ist in einem steuerfinanzierten System grundsätzlich unabhängig vom Einkommen und damit auch für einkommensschwache Haushalte gesichert. Insgesamt findet in einem solchen System ein Ausgleich sowohl hinsichtlich des individuellen Gesundheitsrisikos als auch hinsichtlich der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit statt. Durch die Integration der Gesundheitsausgaben in den öffentlichen Haushalt können Umfang und Entwicklung der Leistungen allerdings von der jeweiligen Haushaltslage abhängen, sodass es zu Ausweitungen oder Einschränkungen des Leistungskatalogs kommen kann. Empirisch zeigt sich dies etwa im Vereinigten Königreich, wo Gesundheitsleistungen zunehmend durch Wartelisten rationiert werden und es zu hohen Wartezeiten und einer Erosion des faktischen Leistungsumfangs kommt (Darzi, 2024).

450. In der Schweiz und den Niederlanden wird ein Großteil der Gesundheitsausgaben über weitgehend **einkommensunabhängige Prämien** finanziert (De Pietro et al., 2015; Kroneman et al., 2025). In diesen Staaten ist die Höhe der Prämie prinzipiell unabhängig vom Einkommen sowie vom individuellen Gesundheitszustand der Versicherten und variiert vor allem mit der Tarifgestaltung der Versicherungsträger. Damit findet ein sozialer Ausgleich hinsichtlich des in-

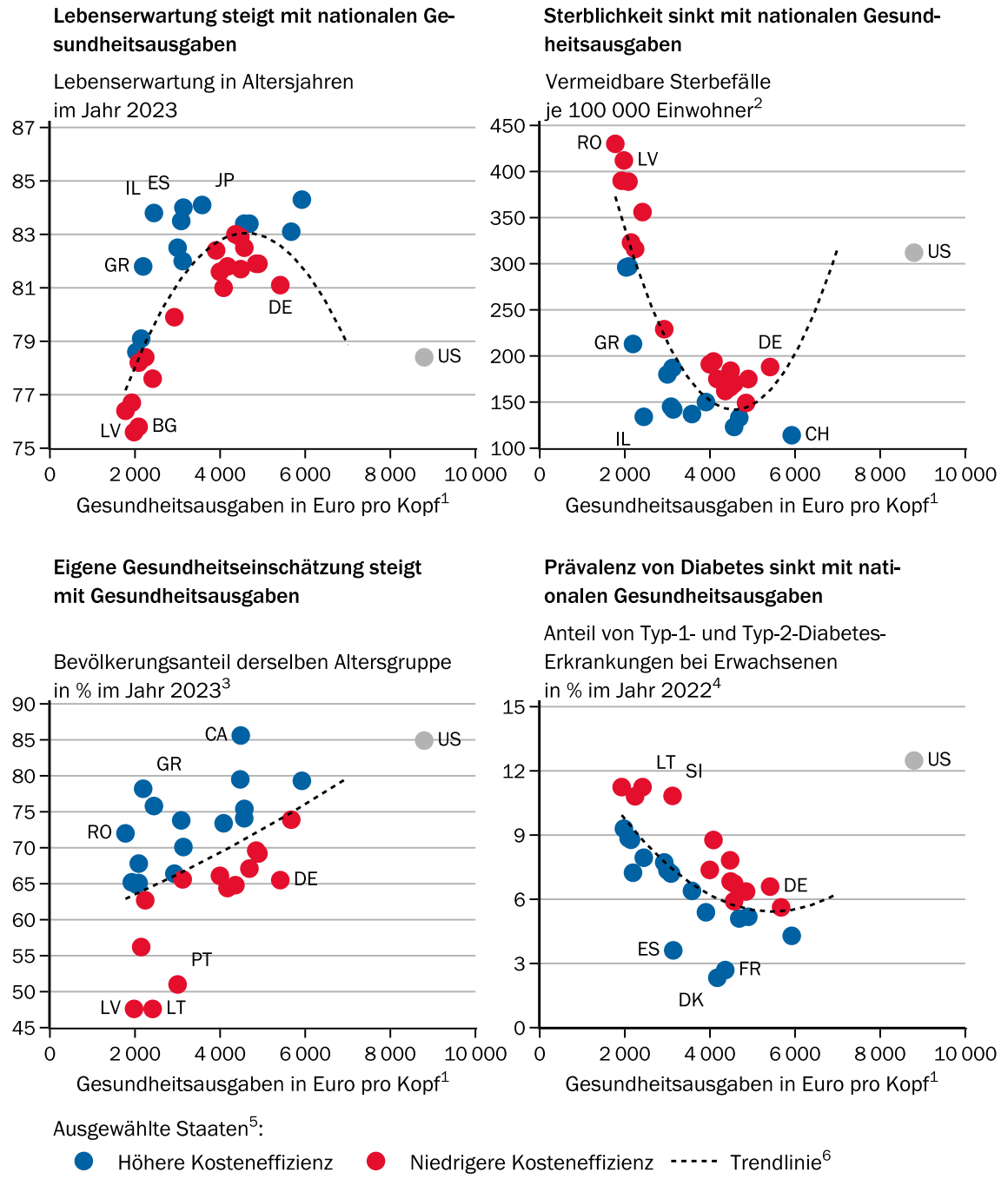
dividuellen Gesundheitsrisikos statt, nicht jedoch hinsichtlich der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Zur Begrenzung regressiver Verteilungswirkungen werden Systeme mit einkommensunabhängigen Prämien in der Praxis jedoch mit einem (steuerfinanzierten) Sozialausgleich kombiniert.

451. **Neben der Finanzierung unterscheiden sich Gesundheitssysteme verschiedener Staaten auch hinsichtlich ihrer Leistungsfähigkeit.** Die im internationalen Vergleich hohen Pro-Kopf-Ausgaben in Deutschland sind nicht automatisch ein Indikator für ein entsprechend hohes Leistungsvolumen, sondern können auch teure Preise bzw. hohe Margen im Versorgungssystem widerspiegeln. So können höhere Gesundheitsausgaben auch bei gleicher Inanspruchnahme daraus resultieren, dass Preise und Entgelte steigen oder dass sich die Preis-Kosten-Spannen (Mark-ups) im Gesundheitswesen ausweiten, etwa aufgrund von Marktmacht einzelner Anbieter, Engpässen bei Personal und Kapazitäten oder einer Vergütungsstruktur, die höhere Preise nicht zwingend mit einem proportionalen Mehr an Leistungen verknüpft (OECD, 2025; Zeeb et al., 2025).

452. Die hohen Gesundheitsausgaben in Deutschland lassen sich mit Blick auf die Versorgungseffizienz einordnen, also auf das Verhältnis zwischen Ressourceneinsatz und gesundheitlichem Nutzen für Patientinnen und Patienten. Ein internationaler Systemvergleich ist dabei methodisch anspruchsvoll, da sich Gesundheitssysteme nicht nur hinsichtlich ihrer Finanzierung, sondern auch entlang einer Vielzahl weiterer Dimensionen unterscheiden (Cylus et al., 2016). Gleichwohl liegt Deutschland trotz eines der höchsten Ausgabenniveaus im OECD-Vergleich bei zentralen Gesundheitsindikatoren unter dem Niveau vergleichbarer Länder mit geringeren Gesundheitsausgaben. ↘ ABBILDUNG 89 So sind die Gesundheitsausgaben pro Kopf in Deutschland deutlich höher als im OECD-Durchschnitt (OECD, 2025), während Deutschland bei Indikatoren wie Lebenserwartung, vermeidbaren Sterbefällen, Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit und Diabetesprävalenz trotz des hohen Mitteleinsatzes nur durchschnittliche Ergebnisse erreicht. Dieses Muster zeigt sich sowohl in den jüngsten als auch in älteren Daten, was dafür spricht, **dass der hohe Ressourceneinsatz hierzulande nicht in entsprechend bessere gesundheitliche Ergebnisse umgesetzt wird und somit Effizienzdefizite bestehen**. Zu einem ähnlichen Befund kommen Dlouhý und Havlík (2024), die auf Basis eines multivariaten Input-Output Modells das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich als ineffizient einordnen. Ebenso zeigen Varabyova und Müller (2016) in einer Meta-Analyse bestehender Studien, dass Deutschland über verschiedene Modellspezifikationen hinweg im OECD-Vergleich eine niedrige Effizienz aufweist. Als strukturelle Ursachen nennen Blümel et al. (2020) unter anderem die ausgeprägte Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung, die hohe Krankenhausdichte sowie Überversorgungstendenzen im stationären Bereich.

↘ ABBILDUNG 89

Indikatoren zur Kosteneffizienz des Gesundheitssystems



1 – Kaufkraftbereinigte Werte für das Jahr 2023. 2 – Daten für das Jahr 2023: Lettland, Litauen, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn; Daten für das Jahr 2022: Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Israel, Italien, Kanada, Polen, Portugal, Rumänien, USA; Daten für das Jahr 2019: Belgien, Deutschland, Japan, Kroatien, Vereinigtes Königreich. Keine Werte für Norwegen. 3 – Keine Daten für Island und Japan vorhanden. 4 – Altersstandardisierte Werte gemäß der WHO-Standardbevölkerung. Keine Werte für Bulgarien, Kroatien und Rumänien vorhanden. 5 – AT-Österreich, BE-Belgien, BG-Bulgarien, CA-Kanada, CH-Schweiz, CZ-Tschechien, DE-Deutschland, DK-Dänemark, EE-Estland, ES-Spanien, FI-Finnland, FR-Frankreich, GR-Griechenland, HR-Kroatien, HU-Ungarn, IE-Irland, IL-Israel, IS-Island, IT-Italien, JP-Japan, LT-Litauen, LU-Luxemburg, LV-Lettland, NL-Niederlande, NO-Norwegen, PL-Polen, PT-Portugal, RO-Rumänien, SE-Schweden, SI-Slowenien, SK-Slowakei, UK-Vereinigtes Königreich, US-USA. 6 – Trendlinie jeweils ohne Berücksichtigung der USA.

Quellen: OECD, WHO, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-070-02

Daten (CSV)

III. GESUNDHEITSAUSGABEN IN DEUTSCHLAND UND IHRE TREIBER

453. Die Ausgaben der GKV sind in den vergangenen Jahren deutlich rascher gewachsen als ihre Einnahmen. ↘ZIFFER 432 Als Treiber dieser Entwicklung kommen zum einen allgemeine, auch in anderen Staaten wirkende Faktoren in Betracht. Dazu zählen die demografische Alterung, ↘ZIFFER 454 das Einkommenswachstum ↘ZIFFER 455 und die Verbreitung gesundheitsschädlicher Lebensstile, ↘ZIFFER 456 die die Entstehung und das Fortschreiten vermeidbarer und zugleich kostenintensiver Erkrankungen begünstigen. Hinzu kommt der medizinisch-technische Fortschritt, ↘ZIFFERN 458 F. der neue, häufig hoch spezialisierte Diagnose- und Behandlungsmethoden hervorbringt, die sowohl in der Entwicklung als auch in der Anwendung kostenintensiv sind. Zum anderen wird die Ausgabenentwicklung der GKV durch spezifische Ausgabentreiber bestimmt, die aus der Organisation des deutschen Gesundheitswesens resultieren. ↘ZIFFER 460 Aufgrund ihres hohen Anteils an den Gesamtausgaben entfällt der größte Teil des Ausgabenanstiegs auf die Bereiche Krankenhausbehandlungen ↘ZIFFERN 461 FF. und Arzneimittel. ↘ZIFFERN 469 F.

1. Allgemeine Treiber der Gesundheitsausgaben

454. Im Zuge des demografischen Wandels altert die deutsche Bevölkerung in den kommenden Jahrzehnten deutlich. ↘ZIFFER 329 **Für die zukünftige Nachfrage nach Gesundheitsleistungen ist dabei weniger das von der Bevölkerung erreichte Lebensalter ausschlaggebend, sondern ob die zusätzlichen Lebensjahre in Gesundheit oder Krankheit verbracht werden** und wie stark sich die relativ teure Behandlungsphase in der Nähe des Lebensendes konzentriert (Manton, 1982; Fries, 2002; Breyer et al., 2015; Nowossadeck et al., 2024). Die empirische Literatur findet hierfür ein Nebeneinander mehrerer Effekte. Einerseits kommt es zu einer Morbiditätskompression. Dabei sinkt der Anteil der Lebensjahre mit erheblichen Einschränkungen, da Erkrankungen später einsetzen. Andererseits expandiert die Morbidität, da die Anzahl der Lebensjahre mit Diagnosen zunimmt. Dabei handelt es sich häufig um chronische Diagnosen mit geringer Beeinträchtigung. Für Deutschland illustrieren Sperlich et al. (2022) anhand von Krankenkassendaten, dass es in höheren Altersgruppen eher zu einer Kompression schwerer Erkrankungen (z. B. Herzinfarkt oder Schlaganfall) kommt, während jüngere und mittlere Altersgruppen eine Expansion chronischer Erkrankungen wie Diabetes oder Adipositas erfahren. Insgesamt spricht dies für eine Qualitätsverbesserung der Morbidität: Mehr Menschen leben länger mit chronischen Diagnosen, werden davon aber etwa bei der Erwerbstätigkeit weniger eingeschränkt.

455. **Neben der Demografie erzeugen weitere strukturelle Trends einen Aufwärtsdruck auf die Gesundheitsausgaben.** Erstens steigt mit wachsendem Einkommen die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen überproportional, sodass der Ausgabenanteil für Gesundheit auch bei konstanter Versorgungs-

struktur zunimmt. ↘ ZIFFER 335 Zweitens wirkt die „Baumolsche Kostenkrankheit". Bei arbeitsintensiven, schwer automatisierbaren Gesundheitsleistungen steigen Löhne mit der gesamtwirtschaftlichen Produktivität, während die sektorale Produktivität nur langsam zunimmt. Dadurch erhöhen sich relative Preise und Ausgabenanteile auch ohne Mengenanstieg. ↘ ZIFFER 336

456. **Gesundheitsschädliche Verhaltensweisen**, wie beispielsweise Alkohol- und Tabakkonsum, Bewegungsmangel und unausgewogene Ernährung, **können den Ausgabenanstieg im Gesundheitswesen verstärken**, weil sie die Entstehung und das Fortschreiten vermeidbarer und zugleich kostenintensiver Erkrankungen begünstigen (Murray et al., 2020). Dazu zählen vor allem Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und verschiedene Krebsarten. Insbesondere wenn solche Erkrankungen früh im Lebenszyklus auftreten, ergibt sich eine höhere und länger andauernde Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Aktuelle Entwicklungen deuten darauf hin, dass sich der daraus resultierende Ausgabendruck in Deutschland in mehreren Bereichen eher verstärkt als abschwächt. So hat der gesundheitsschädliche Alkoholkonsum seit dem Jahr 2020 wieder zugenommen (Bundesdrogenbeauftragter, 2026), die bislang rückläufige Entwicklung beim Tabakkonsum hat sich abgeflacht (Starker et al., 2025) und der Anteil der von Adipositas betroffenen Bevölkerung hat seit dem Jahr 2003 von 12,2 % auf 19,7 % zugenommen (Starker et al., 2025).

Gesundheitsschädliche Lebensstile verursachen in Deutschland externe Effekte in Form von hohen Gesundheitskosten für die Solidargemeinschaft der Beitragszahler. Die Inzidenz von Adipositas steigt und laut Schätzungen betragen die jährlichen Kosten von Adipositas bis zu 113 Mrd Euro, darunter direkte Gesundheitskosten von 28 Mrd Euro (Effertz et al., 2016; Leopoldina, 2026). Bei Tabak werden die gesamtwirtschaftlichen Kosten auf rund 97,2 Mrd Euro pro Jahr geschätzt (Effertz, 2020), wovon etwa ein Drittel auf direkte Gesundheitsausgaben entfällt. Für riskanten Alkoholkonsum, dessen gesundheitsschädliche Folgen insbesondere bei Jugendlichen stark sind, werden die volkswirtschaftlichen Kosten in Deutschland je nach Abgrenzung auf 39 bis 57 Mrd Euro pro Jahr geschätzt, darunter direkte Gesundheitskosten von 8 Mrd Euro (Effertz et al., 2017; Effertz, 2020), wobei die aufgrund der kürzeren Lebenserwartung niedriger ausfallenden Rentenbezüge bereits gegengerechnet werden.

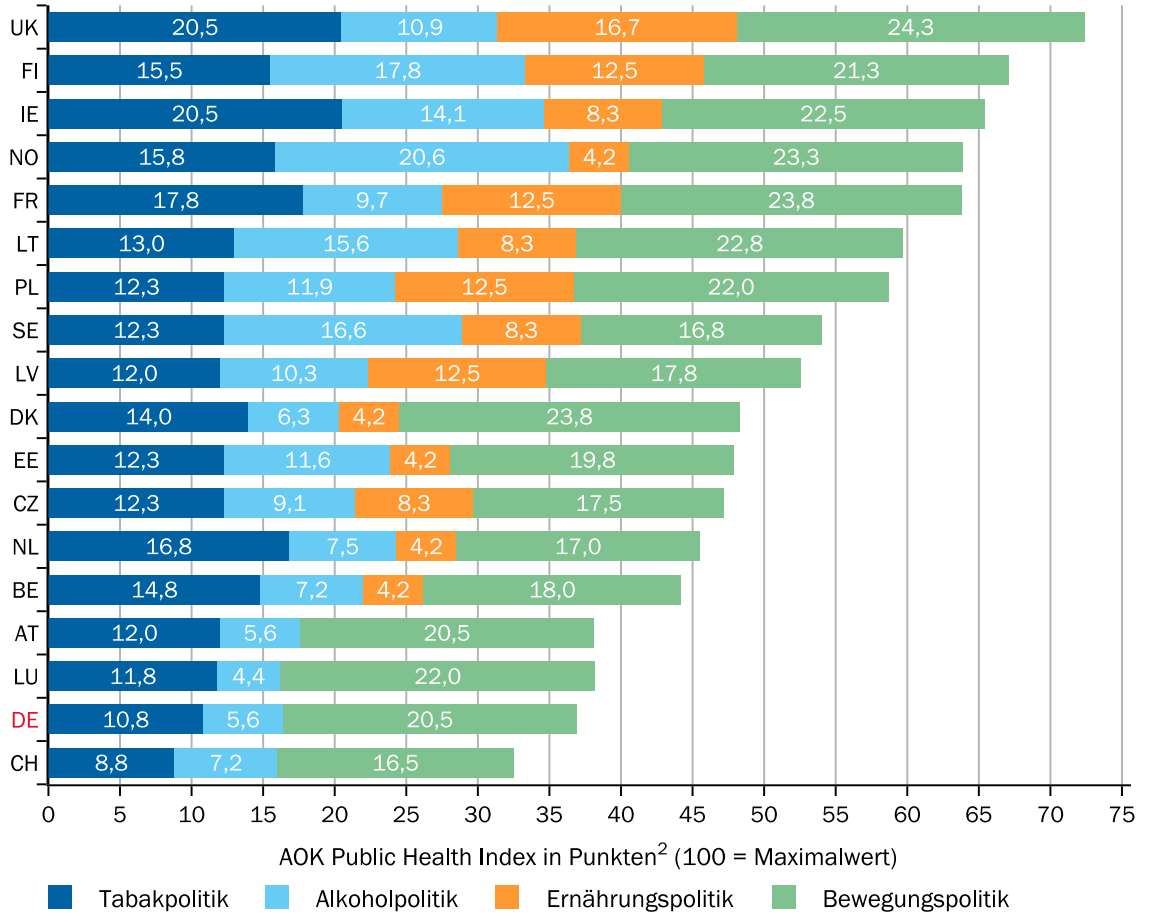
457. **Der AOK Public Health Index attestiert Deutschland im europäischen Vergleich deutlichen Nachholbedarf bei der Prävention gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen.** ↘ ABBILDUNG 90 Der Index misst den Grad der Umsetzung wissenschaftlich empfohlener Präventionsmaßnahmen in 18 europäischen Staaten (AOK, 2025). Prävention umfasst neben Information und Bildung sowohl Verfügbarkeit und Vermarktung von Produkten (Verhältnisprävention) als auch Preissignale (Verhaltensprävention). Deutschland liegt vor allem bei verhältnispräventiven Maßnahmen im internationalen Vergleich zurück. Dazu zählen Werbeverbote und Marketingregeln (Donaldson et al., 2025; Saad et al., 2025), etwa bei an Kinder gerichteter Werbung für stark zucker- und fetthaltige Lebensmittel (von Philipsborn et al., 2022; Boyland et al., 2025). Zudem gibt es in Deutschland vergleichsweise geringe Einschränkungen der zeitlichen und räumlichen Verfügbarkeit von Alkohol und Tabak, die den ge-

sundheitsschädlichen Konsum und in der Folge dessen negative Externalitäten messbar reduzieren können (Sherk et al., 2018).

Insbesondere bei Präventionsmaßnahmen im Bereich der Ernährung schneidet Deutschland im internationalen Vergleich sehr schlecht ab. ↘ ABBILDUNG 90 So sind zentrale Präventionsinstrumente unverbindlich ausgestaltet. Mit dem Nutri-Score liegt zwar eine wissenschaftlich fundierte Nährwertkennzeichnung vor (BMLEH, 2026a), ihre Verwendung bleibt jedoch freiwillig. Reine Informationsangebote sind allerdings nur begrenzt wirksam (Jepson et al., 2010). Sie setzen voraus, dass Kinder gesundheitsbezogene Inhalte aktiv wahrnehmen, verstehen und im Alltag in Verhaltensänderungen übersetzen. Empirische Evaluationen zufolge sind Maßnahmen besonders effektiv, die entweder die Ernährungsumgebung selbst verändern, etwa verbindliche Qualitätsstandards (von Philipsborn et al., 2022; Hundeshagen et al., 2024), oder diese Übersetzungsleistung durch praktische Ernährungsbildung unterstützen (Charlton et al., 2021; van der Horst et al., 2024; Vaughan et al., 2024). Die von der Deutschen Gesellschaft für Er-

↘ ABBILDUNG 90

Präventionspolitik im internationalen Vergleich[1]



1 – UK-Vereinigtes Königreich, FI-Finnland, IE-Irland, NO-Norwegen, FR-Frankreich, LT-Litauen, PL-Polen, SE-Schweden, LV-Lettland, DK-Dänemark, EE-Estland, CZ-Tschechien, NL-Niederlande, BE-Belgien, LU-Luxemburg, AT-Österreich, DE-Deutschland, CH-Schweiz. 2 – Die Ergebnisse der vier Handlungsfelder Tabak, Alkohol, Ernährung und Bewegung fließen mit gleichen Anteilen in die Gesamtbewertung ein. Die maximal möglichen 100 Punkte im übergeordneten AOK Public Health Index ergeben sich jeweils zu 25 % aus den vier bewerteten Handlungsfeldern. Minimale Abweichungen bei den erreichten Punktzahlen können durch Rundungen entstehen.

Quelle: AOK-Bundesverband und Deutsches Krebsforschungszentrum
© Sachverständigenrat | 26-072-01

Daten (CSV)

nährung entwickelten Qualitätsstandards für die Verpflegung in Kitas und Schulen (DGE, 2023) sind jedoch nicht bundesweit verbindlich. Auch wurde bislang keine Abgabe auf stark zucker- und fetthaltige Lebensmittel implementiert.

458. **Der medizinisch-technische Fortschritt (MTF) ermöglicht neue Diagnose- und Behandlungsmethoden**, die in der Entwicklung und Anwendung oft kostenintensiv sind. Zudem erweitern Innovationen das Spektrum behandelbarer Krankheiten, wodurch insgesamt mehr Leistungen in Anspruch genommen werden (Deutscher Bundestag, 2015). Der MTF kann außerdem dazu führen, dass bisher nicht als Krankheiten anerkannte gesundheitliche Zustände diagnostiziert und/oder behandelt werden. Zuletzt kann lebensverlängernder MTF höhere Gesundheitsausgaben induzieren, weil in der verbleibenden Lebenszeit der behandelten Personen zusätzliche Aufwendungen für Krankheit und Pflege anfallen. Im Bereich der Digitalisierung kann der MTF einen Beitrag zur Kostendämpfung leisten, beispielsweise durch die Reduktion von Dokumentationszeiten und Effizienzgewinne durch eine Weiterentwicklung der IT-Infrastruktur. ↘ ZIFFERN 504 FF.

459. Grundsätzlich kann der MTF auf die Gesundheitsausgaben durch Prozessinnovationen oder Produktinnovationen kostensenkend wirken (Breyer, 2015). Kostensteigerungen sind vor allem bei solchen Produktinnovationen zu erwarten, die nicht kostensparend substituieren, sondern Behandlungsintensität, Fallzahlen und Qualitätsansprüche erhöhen, während Skaleneffekte ausbleiben und der Grenznutzen zusätzlicher Anwendungen sinkt. Wie sich der MTF auf die Gesundheitsausgaben auswirkt, bemisst sich zudem an den Regeln, nach denen Innovationen erstattungsfähig werden, etwa durch Aufnahme in den EBM, und zu welchen Konditionen sie vergütet werden. ↘ KASTEN 30 **Empirische Befunde deuten darauf hin, dass der MTF eher zu Kostensteigerungen führt** (Blanco-Moreno et al., 2013; Breyer, 2015; Cinaroglu und Baser, 2018; Mason et al., 2019). Eine Zerlegung der Leistungsausgaben in der GKV durch den Sachverständigenrat beziffert den mittleren Beitrag des MTF zum Ausgabenwachstum zwischen den Jahren 1998 und 2022 auf rund 30 %. Dies entspricht einem Anstieg der Leistungsausgaben um 0,9 % pro Jahr. ↘ KASTEN 28

↘ KASTEN 28

SVR-Analyse: Treiber der GKV-Ausgaben

Der demografische Wandel wird neben weiteren nachfrageseitigen Faktoren als zentraler Treiber für das Ausgabenwachstum im Gesundheitswesen genannt. ↘ ZIFFERN 454 F. Zusammen können diese Faktoren den zuletzt beobachteten Anstieg jedoch nur teilweise erklären (Chandra und Skinner, 2012; Pretnar und Feldman, 2026). Empirische Analysen der Ausgabenentwicklung heben die kostensteigernde Wirkung des MTF hervor und beziffern seinen Beitrag zum Ausgabenanstieg auf 25 bis 50 % (Marino und Lorenzoni, 2019). Für Deutschland schätzten Willemé und Dumont (2016) einen Beitrag von 40 % zum Anstieg der gesamten Gesundheitsausgaben in den Jahren 1981 bis 2012, was einem Ausgabenwachstum von rund 1,6 % pro Jahr entspricht. Analysen auf Basis der GKV-Ausgaben im Zeitraum 1970 bis 2009 schätzen den MTF-induzierten Anstieg auf 0,8 bis 2,3 % pro Jahr (Breyer und Ulrich, 2000; Breyer, 2015).

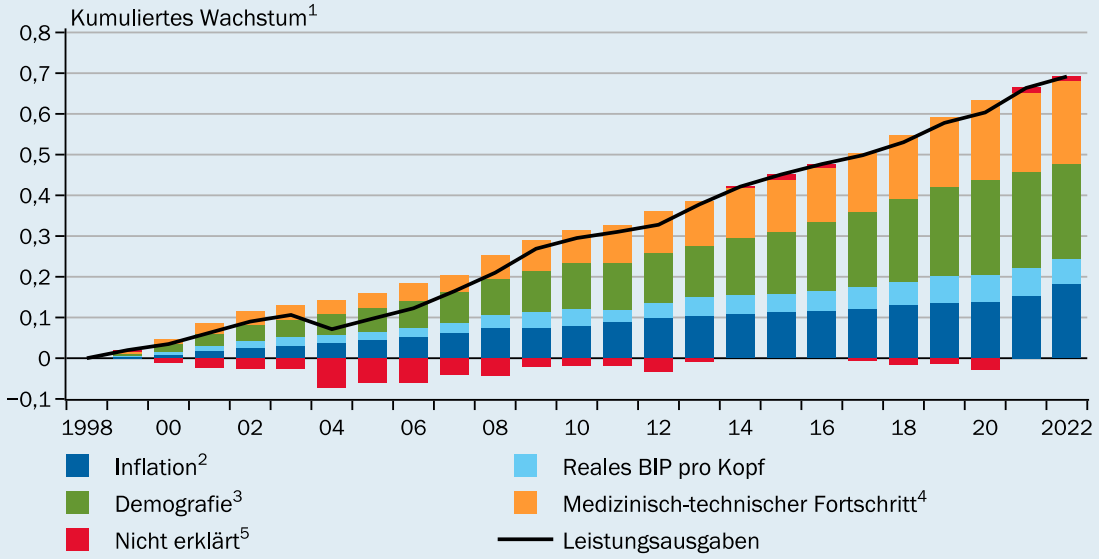
Der Sachverständigenrat folgt dem empirischen Ansatz dieser Studien und zerlegt das historische Ausgabenwachstum in den Jahren 1998 bis 2022 mit Paneldaten des BAS. Dabei wird die folgende Regressionsgleichung geschätzt:

$$\Delta \log LA_{it} = \alpha \Delta \log X_{it} + \omega \Delta \log \text{BIP}_{t-2} + \delta_t + \varepsilon_{it}$$

LA_{it} sind pro-Kopf-Leistungsausgaben im Jahr t in der Altersgruppe i. X_{it} sind Kontrollvariablen, deren Korrelation mit dem Wachstum der Leistungsausgaben durch die Schätzer α (und ω) gemessen wird. Der MTF wird hierbei durch die Proxy-Variablen Forschung und Entwicklung (FuE) und Produktivität im Gesundheitswesen gemessen. Weitere Kontrollvariablen sind Inflation, Wachstumsrate des realen pro-Kopf-BIP und Demografie (Veränderung des Anteils der 65- bis 79-Jährigen bzw. über 80-Jährigen sowie Veränderung der Restlebenserwartung). Aufgrund deskriptiver Evidenz für eine verzögerte Reaktion von Gesundheitsausgaben auf Veränderungen im BIP wird eine zeitliche Verzögerung (Lag) von 2 Jahren eingeführt (OECD, 2025). Die Nutzung altersgruppenspezifischer Lebenserwartungen in X_{it} berücksichtigt besonders hohe medizinische Kosten in den letzten Lebensjahren (Zweifel et al., 1999; Breyer und Lorenz, 2021). Alle Variablen wurden in Wachstumsraten transformiert und für die graphische Darstellung kumuliert. Jahresdummies δ_t in den Jahren t = 1998, 2004, 2020 und 2021 kontrollieren Sondereffekte von Reformen und die Corona-Pandemie.

↘ ABBILDUNG 91

Treiber des Wachstums der GKV-Leistungsausgaben



1 – Empirische Zerlegung der Leistungsausgaben ohne Krankengeld der GKV in wirtschaftliche, demografische und technische Treiber auf Basis einer Panel-Regression in Wachstumsraten. 2 – Verbraucherpreisindex. 3 – Bevölkerungsanteile älterer Personen sowie Lebenserwartung. 4 – FuE und Produktivität im Gesundheitswesen. 5 – Modellresiduen sowie Variablen für Reformen und Corona-Pandemie.

Quellen: BAS, Eurostat, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-094-01

Daten (CSV) ⭳

Die Zerlegung legt nahe, dass das Ausgabenwachstum der GKV von mehreren Faktoren abhängt. Rund 34 % des geschätzten Wachstums sind demografischen Faktoren zuzurechnen. ↘ ABBILDUNG 91 Dies entspricht einem mittleren Wachstumsbeitrag von 1 Prozentpunkt pro Jahr. Weitere 30 % ergeben sich aus der positiven Korrelation mit dem MTF, dessen mittlerer Beitrag bei rund 0,9 Prozentpunkten pro Jahr liegt. Dieser Beitrag liegt im Mittel bisheriger Schätzungen (Marino und Lorenzoni, 2019). Dabei fällt auf, dass der Beitrag der Demografie relativ stetig wächst, während der Beitrag des MTF in den vergangenen Jahren eine stärkere Dynamik aufweist. Dies ist wirtschaftspolitisch besonders relevant, da der MTF kein rein exogener

Faktor ist, sondern in seiner Ausgabenwirkung durch institutionelle Rahmenbedingungen und Anreizstrukturen mitbestimmt wird.

Das verbleibende Drittel des Anstiegs ist allgemeinen Preissteigerungen und dem Anstieg des preisbereinigten BIP pro Kopf zuzurechnen. Zusätzlich haben gesundheitspolitische Reformen sowie außergewöhnliche Ereignisse wie die Corona-Pandemie einen eigenständigen Einfluss auf die Ausgabenentwicklung. So zeigt besonders die Reform des Jahres 2004 eine kostensenkende Wirkung, während die Corona-Pandemie ab dem Jahr 2021 das Ausgabenwachstum beschleunigte.

2. Spezifische Ausgabentreiber in der GKV

460. Der Anstieg der Ausgaben der GKV ↘ ZIFFER 430 unterscheidet sich deutlich zwischen den einzelnen Leistungsbereichen. ↘ ABBILDUNG 92 OBEN Die höchsten Wachstumsraten verzeichnen die Ausgaben für Behandlungspflege und häusliche Krankenpflege. Dagegen sind die Ausgaben für zahnärztliche Behandlungen und die Verwaltungskosten der Krankenkassen preisbereinigt kaum gestiegen. Hohe Wachstumsraten einzelner Leistungsbereiche gehen jedoch nicht notwendigerweise mit einem entsprechend hohen Beitrag zum Anstieg der Gesamtausgaben einher. Entscheidend ist vielmehr das Gewicht der jeweiligen Leistungsbereiche am Gesamtausgabenvolumen. ↘ ABBILDUNG 92 UNTEN **Aufgrund ihres hohen Anteils an den Gesamtausgaben entfällt der größte Teil des Anstiegs auf Krankenhausbehandlungen und Arzneimittel.** Daneben trugen auch die Ausgaben für ärztliche Behandlungen und Krankengeld spürbar zum Anstieg bei. ↘ PLUSTEXT 18 Die hohen Wachstumsraten in der Behandlungspflege schlagen sich aufgrund des geringen Ausgangsniveaus hingegen bislang nur begrenzt in den Gesamtausgaben nieder.

↘ PLUSTEXT 18

Hintergrund: Entwicklung der Ausgaben für Krankengeld

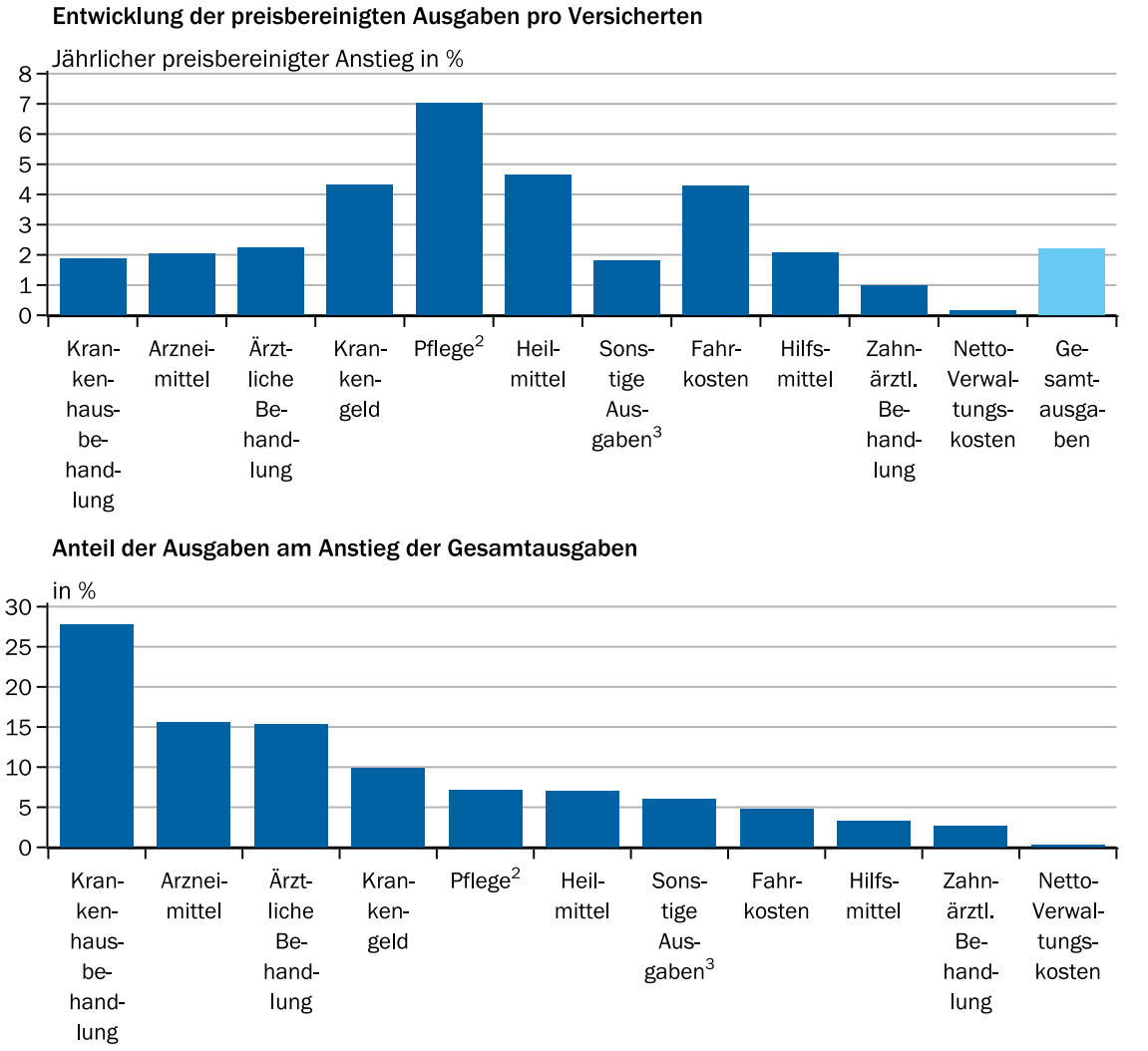
Die preisbereinigten Ausgaben pro Versicherten für Krankengeld sind in den Jahren 2005 und 2025 im Durchschnitt um 4,3 % jährlich ↘ ABBILDUNG 92 OBEN gestiegen und machen am aktuellen Rand bereits rund 6,1 % der gesamten GKV-Leistungsausgaben aus. ↘ ABBILDUNG 84 Der Anstieg dieser Ausgaben ist eng mit der Entwicklung des Krankenstands verbunden. Seit dem Jahr 2008 ist dieser deutlich gestiegen, die durchschnittlichen Krankheitstage je Versicherten nahmen von 8,6 auf 14,8 Tage im Jahr 2024 zu (Statistisches Bundesamt, 2026b). Der Krankenstand wirkt sich jedoch nur dann auf die GKV aus, wenn er durch längere Krankheitsdauern getrieben ist, da in den ersten bis zu sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit die Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber erfolgt.

Krankenhausbehandlungen

461. Krankenhausbehandlungen stellen mit 111,4 Mrd Euro im Jahr 2025 und einem Anteil von knapp 32 % den größten Ausgabenblock der GKV dar. Die Ausgaben je Versicherten sind in den Jahren 2005 und 2025 preisbereinigt um 1,9 % pro

↘ ABBILDUNG 92

Entwicklung der GKV-Ausgaben im Zeitraum der Jahre 2005 bis 2025[1]



1 – Werte für das Jahr 2025 auf Basis der vorläufigen Rechnungsergebnisse. 2 – Behandlungspflege und häusliche Krankenpflege. 3 – Reha und Vorsorge, Früherkennungsmaßnahmen, Schwangerschaft/Mutterschaft und sonstige Ausgaben.

Quellen: BMG, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-016-04

Daten (CSV) ⭳

Jahr gestiegen. ↘ ABBILDUNG 92 OBEN **Für diesen Ausgabenanstieg sind insbesondere anreizbedingte Mengenausweitungen, strukturelle Überkapazitäten sowie die Ausgestaltung der Krankenhausfinanzierung zentral.**

462. Die Abrechnung der Krankenhauskosten gegenüber der GKV erfolgt vorrangig über DRG, ein **diagnosebezogenes Fallpauschalensystem**. ↘ PLUSTEXT 19 Das DRG-System setzt ökonomische Anreize zur Ausweitung der Fallzahlen, da zusätzliche Behandlungen mit zusätzlichen Erlösen verbunden sind. Vor dem Hintergrund ausgeprägter Informationsasymmetrien zwischen Arzt und Patient eröffnet dies Spielräume für angebotsinduzierte Nachfrage (McGuire, 2000; Schneider, 2002). Empirische Studien zeigen, dass die Einführung der Fallpauschalen zwar die Kosten pro Aufenthalt tendenziell reduziert (Böcking et al., 2005), gleichzeitig jedoch die Zahl der stationären Behandlungen systematisch erhöht hat (Quentin et al., 2010; Messerle und Schreyögg, 2024; Messerle et al.,

2024). Eine Reform, die die Finanzierung stärker an den vorgehaltenen Kapazitäten als den behandelten Fällen ausrichtet, wurde von der Ampel-Regierung der 20. Legislaturperiode auf den Weg gebracht und ist Gegenstand von Gesetzgebungsvorhaben der aktuellen Bundesregierung. ↘ KASTEN 29

↘ PLUSTEXT 19

Hintergrund: Fallpauschalensystem

Die Höhe der DRG-Fallpauschalen richtet sich hauptsächlich nach Krankheitsart (Diagnose), Schweregrad der Erkrankung und Behandlungsmethode. Mit der Fallpauschale wird eine definierte Erkrankung und deren Behandlung in einer bestimmten Bandbreite der Verweildauer im Krankenhaus vergütet. Innerhalb dieser Bandbreite wird unabhängig von der tatsächlichen Verweildauer der Patientin bzw. des Patienten die gleiche, für eine mittlere Verweildauer kalkulierte Pauschale gezahlt. Für Patientinnen und Patienten mit einer deutlich längeren bzw. kürzeren Verweildauer werden in der Regel Zu- oder Abschläge auf die Fallpauschalen erhoben. Von Jahr zu Jahr werden die Pauschalen durch einen gesetzlich festgelegten Anpassungssatz angehoben (Landesbasisfallwert, § 10 KHEntgG). Dieser steigt mit dem Kostenindex für Krankenhauskosten (Orientierungswert), gemäß einer Meistbegünstigungsklausel jedoch mindestens mit der Entwicklung der GKV-Einnahmen (Grundlohnrate).

↘ KASTEN 29

Hintergrund: Krankenhausreform in Deutschland

Das im Jahr 2024 beschlossene Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) soll strukturelle Fehlanreize und Effizienzprobleme der bisherigen, fallzahlorientierten Krankenhausfinanzierung beheben. Das Ziel der Reform ist, Anreize zur Mengenausweitung abzuschwächen und Leistungen zu bündeln, ohne die flächendeckende Grundversorgung zu gefährden. Zugleich soll die wirtschaftliche Tragfähigkeit verbessert und eine stärkere Spezialisierung der Krankenhäuser gefördert werden (BMG, 2024).

Kern der Reform ist der Wechsel von einer nahezu vollständig fallbezogenen Vergütung hin zu einem reduzierten DRG-Anteil und einer kombinierten Finanzierung mit fallunabhängigen Vorhaltepauschalen. Diese vergüten Kliniken für das Bereithalten von Kapazitäten (Betten, Personal, Technik), unabhängig von der tatsächlichen Patientenzahl, und sollen künftig rund 60 % der Betriebskosten abdecken (BMG, 2024). Bundeseinheitliche Leistungsgruppen für Krankenhäuser in qualitätsgebundenen Versorgungsstufen sollen eine Konzentration komplexer Leistungen und eine stärkere Spezialisierung ermöglichen. Zur Unterstützung der strukturellen Anpassungen wurde ein Krankenhaustransformationsfonds mit einem Volumen von bis zu 50 Mrd Euro für die Jahre 2026 bis 2035 errichtet (BMG, 2025b). Dieser soll unter anderem Umstrukturierungen von Standorten und die Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen finanzieren. Mit dem Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) plant die Bundesregierung Teile der Finanzierung des Fonds vom Gesundheitsfonds der GKV auf das Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität zu verlagern, um den kurzfristigen Beitragsdruck auf die GKV zu mildern (Bundesregierung, 2025). Kurz- bis mittelfristig ist durch Transformations- und Anpassungskosten sowie parallele Strukturen in der Übergangsphase mit höheren Ausgaben zu rechnen (BMG, 2024). Langfristig dürfte eine Reduktion der Betten und Krankenhausstandorte jedoch den Ausgabenanstieg dämpfen (Augurzky und Karagiannidis, 2026).

463. **Deutschland weist im internationalen Vergleich eine hohe Dichte an Krankenhäusern mit vielen kleinen Standorten und geringer Spezialisierung auf.** Empirische Effizienzanalysen für deutsche Akutkrankenhäuser zeigen, dass größere Häuser und spezialisierte Leistungsprofile systematisch mit höherer technischer Effizienz einhergehen, während kleine Kliniken mit einem breitem Leistungsspektrum ihre Gesundheitsdienstleistungen tendenziell weniger effizient erbringen (Lindlbauer und Schreyögg, 2014; Varabyova et al., 2017).

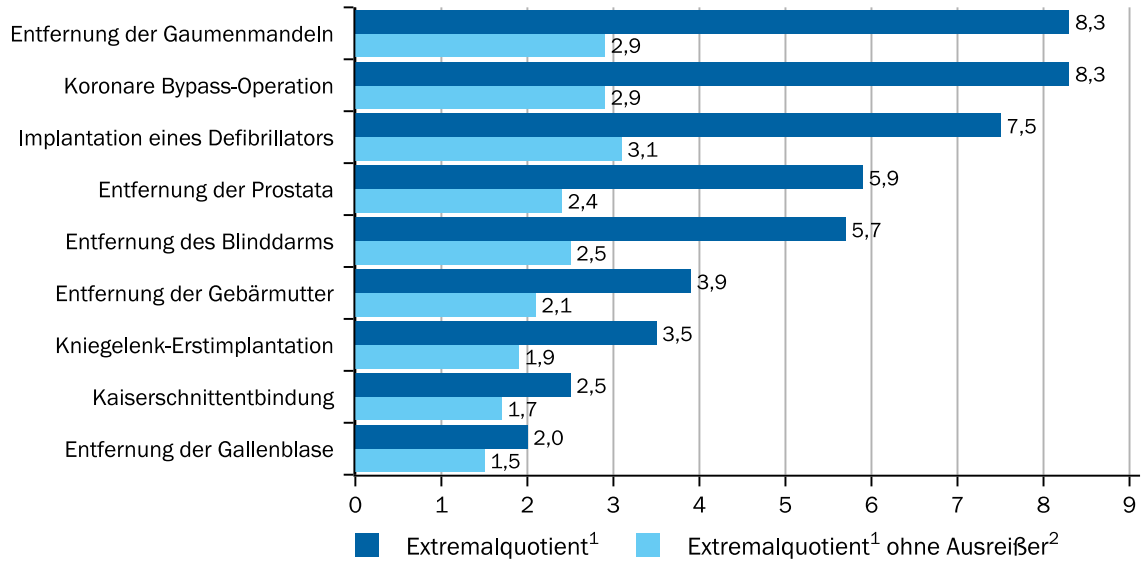
464. Die erheblichen regionalen Unterschiede in der stationären Inanspruchnahme lassen sich nicht durch Unterschiede im Bedarf erklären und deuten auf angebotsinduzierte Nachfrage und strukturelle Ineffizienzen hin. So dokumentieren Analysen auf Basis des SOEP, dass selbst nach Kontrolle von Morbidität und sozioökonomischen Faktoren systematische regionale Unterschiede der Inanspruchnahme, gemessen am Extremalquotienten ↘ GLOSSAR, bestehen. Diese Disparität weist auf Angebots- und Praxisstilunterschiede als Quelle möglicher Ineffizienzen hin (Eibich und Ziebarth, 2014). Zum einen kann der regional verschieden starke wirtschaftliche Druck Krankenhäuser dazu veranlassen, die Auslastung vorhandener Kapazitäten zu erhöhen (Reifferscheid et al., 2015). Zum anderen bestehen erhebliche Unterschiede in der Verbreitung ambulanter Operationen (Messerle et al., 2024; Tillmanns und Jäckel, 2024). Insgesamt fallen diese Unterschiede in der stationären Versorgung höher aus als in der ambulanten (Chuard und Hochuli, 2026). Nolting et al. (2011) zeigen, dass sich beispielsweise die relative Häufigkeit einer Mandeloperation bei Kindern zwischen den Landkreisen in Deutschland um mehr als den Faktor 8 unterscheidet. ↘ ABBILDUNG 93 Im Vergleich dazu scheinen regionale Unterschiede in der ambulanten Versorgung deutlich stärker durch patientenseitige Nachfrage erklärbar zu sein. So zeigen Salm und Wübker (2020) auf Basis von GKV-Routinedaten, dass in der ambulanten ärztlichen Versorgung über 90 % der regionalen Variation durch patientenseitige Nachfragefaktoren erklärt werden.

465. **Die duale Krankenhausfinanzierung** nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG, Betriebskosten über GKV-Fallpauschalen, Investitionskosten durch die Länder) **führt zu einem anhaltenden Investitionsdefizit**, da die Investitionen der Länder in die Krankenhausinfrastruktur seit dem Jahr 1991 preisbereinigt um rund 40 % zurückgegangen sind (DKG, 2025). Augurzky et al. (2024) zeigen, dass derzeit nur etwa die Hälfte des jährlichen Investitionsbedarfs von rund 6,8 Mrd Euro durch öffentliche Mittel gedeckt wird. Der von Bund, Ländern und Krankenhausträgern finanzierte Krankenhauszukunftsfonds mit einem Fördervolumen von 4,3 Mrd Euro wurde im Jahr 2020 aufgelegt, um die notwendige Modernisierung zu unterstützen (BAS, 2026a). Er kann die Finanzbedarfe jedoch nicht langfristig decken. **Krankenhäuser finanzieren notwendige Investitionen daher zunehmend aus Überschüssen der Leistungsentgelte**, ↘ KASTEN 26 **was die Anreize zur Mengenausweitung verstärkt** (DKI und BDO, 2015). Gerade bei vielen kleinen und teilweise unterausgelasteten Standorten erhöht dies den Druck, Fallzahlen zu steigern, und begünstigt vermeidbare stationäre Behandlungen.

466. Das DRG-Vergütungssystem für stationäre Krankenhausleistungen ist die wichtigste Erlösquelle der Akutkrankenhäuser. Durch die **Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System** im Jahr 2020 wurde der Pau-

↘ ABBILDUNG 93

Regionale Unterschiede von Operationshäufigkeiten



1 – Verhältnis des Operationsindex zwischen dem Landkreis mit der höchsten und jenem mit der niedrigsten Operationshäufigkeit. 2 – Verhältnis des Operationsindex am 95. und 5. Perzentil der Operationshäufigkeit.

Quelle: Nolting et al. (2011)
© Sachverständigenrat | 26-043-01

Daten (CSV)

schalcharakter der Krankenhausvergütung teilweise abgeschwächt. Die stationären Personalkosten werden zu einem wachsenden Teil von derzeit 25 % der GKV-Ausgaben für Krankenhäuser über ein krankenhausindividuell zu vereinbarendes **Pflegebudget** finanziert, das zweckgebunden der Finanzierung der Pflegepersonalkosten dient (BMG, 2026d; Hentschker et al., 2026a). Dadurch können Kostensteigerungen in der Pflege (z. B. durch Personalaufbau oder Tarifentwicklung) unmittelbarer auf die Ausgaben der GKV durchschlagen, auch wenn Fallzahlen und Fallpauschalen unverändert bleiben (Hentschker et al., 2023). **Die parallele Finanzierung über DRG und Pflegebudget schwächt damit die kostenbegrenzende Wirkung des Pauschalsystems und erhöht zugleich die Komplexität der Vergütungsstruktur.**

467. Die Krankenhausreform zielt darauf ab, die bestehenden Fehlanreize zu reduzieren, insbesondere durch eine stärkere Entkopplung der Finanzierung von Fallzahlen und eine Förderung der Spezialisierung. ↘ KASTEN 29 Kern ist die Einführung fallunabhängiger Vorhaltepauschalen sowie bundeseinheitlicher Leistungsgruppen. Simulationsrechnungen zeigen, dass langfristig eine deutliche Reduktion der Zahl der Kliniken (von rund 1 400 auf unter 600 Standorte) bei gleichzeitiger stärkerer Spezialisierung die Behandlungsqualität verbessern und Effizienzreserven heben könnte (Böcken, 2019). Kurzfristig ist aufgrund von Transformationskosten und parallelen Strukturen allerdings mit steigenden Ausgaben zu rechnen. Diese werden in den Jahren 2026 bis 2035 durch einen von Bund und Ländern paritätisch finanzierten Transformationsfonds von insgesamt 50 Mrd Euro getragen (BMG, 2024). **Langfristige Effizienzgewinne setzen voraus, dass tatsächlich Kapazitäten abgebaut und Leistungen stärker konzentriert werden.**

468. In Deutschland ist die Krankenhausversorgung sowohl durch vergleichsweise häufige Krankenhausaufenthalte als auch durch lange Verweildauern gekennzeichnet (OECD und European Observatory, 2025; JG 2018 Ziffern 802 ff.). Dies deutet auf Fehlanreize in der sektoralen Vergütungsstruktur hin, die stationäre Behandlungen gegenüber ambulanten Leistungen begünstigen. Im Rahmen der Krankenhausreform wurde daher ab dem Jahr 2024 eine sektorengleiche Vergütung („**Hybrid-DRG**“) für ausgewählte Eingriffe eingeführt. Für diese Leistungen gilt damit eine einheitliche Fallpauschale, unabhängig davon, ob die Behandlung ambulant oder (kurz-)stationär erfolgt. Entsprechend sinken die Fallpauschalen für Krankenhäuser, während die ambulante Behandlung im Vergleich zur Abrechnung nach EBM bzw. GOÄ höher vergütet wird. **Dadurch werden die relativen Vergütungsanreize zugunsten ambulanter Behandlungen verschoben, sodass Leistungen, die in vergleichbarer Qualität ambulant erbracht werden können, verstärkt aus dem stationären Bereich verlagert werden sollen.** Perspektivisch soll dies sowohl die Zahl stationärer Fälle als auch den Bedarf an stationären Kapazitäten verringern. Erste Auswertungen weisen auf einen höheren Anteil ambulanter Behandlungen und sinkende Gesamtkosten trotz steigender Fallzahlen hin (Hentschker et al., 2026b). Allerdings besteht das Risiko, dass eine Ausweitung der Gesamtzahl der Behandlungen mögliche Kostenersparnisse teilweise kompensiert.

Arzneimittelausgaben

469. Im Jahr 2025 wurden in der GKV 58,5 Mrd Euro für Arzneimittel ausgegeben, was einem Anteil von knapp 17 % der Gesamtausgaben entspricht. ↘ ZIFFER 429 **Der Anstieg der Arzneimittelausgaben wird maßgeblich durch den Einsatz zunehmend hochpreisiger, patentgeschützter Arzneimittel getrieben.** Deutschland weist bei Arzneimitteln im internationalen Vergleich sowohl einen hohen Verbrauch als auch ein hohes Preisniveau auf (SVR Gesundheit & Pflege, 2025). Zwischen den Jahren 2005 und 2025 sind die Ausgaben für Arzneimittel je Versicherten preisbereinigt um knapp 2,1 % pro Jahr gestiegen. ↘ ABBILDUNG 92 OBEN Die Nettokosten für Arzneimittel ergeben sich aus der Summe der Ausgaben der GKV und der Zuzahlungen der Versicherten abzüglich der Hersteller- und Apothekenabschläge (Schröder et al., 2025). Im Zeitraum von 2015 bis 2024 stiegen die Nettokosten je verordneter Tagesdosis bei **patentgeschützten Arzneimitteln** um rund 106 %, bei nicht patentgeschützten Arzneimitteln um knapp 39 %. Gleichzeitig ist der Verordnungsanteil patentgeschützter Arzneimittel von 10 % auf 7 % gesunken, während ihr Anteil an den Gesamtausgaben von 53 % auf 54 % gestiegen ist. Patentgeschützte Arzneimittel machen damit trotz eines rückläufigen Anteils an den Verordnungen einen überproportional hohen Anteil an den Gesamtausgaben aus. Maßgeblich für diese Entwicklung ist der durch den MTF ausgelöste Trend hin zu hochpreisigen, individualisierten Therapien (SVR Gesundheit & Pflege, 2025).

470. Die Arzneimittelausgaben der GKV werden im Wesentlichen durch die Verschreibungshäufigkeit und den **Erstattungsbetrag** der Arzneimittel bestimmt. Versicherte in der GKV bekommen den Großteil der verschreibungspflichtigen Arzneimittel von ihrer jeweiligen Krankenkasse erstattet, während die Kosten für nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel zumeist nicht erstattet werden.

In seinem letzten Gutachten hat der Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege darauf hingewiesen, dass die aktuelle Preisfindung von Arzneimitteln in der GKV den Anstieg der Arzneimittelausgaben begünstigt (SVR Gesundheit & Pflege, 2025). ↘ KASTEN 30

Kritisiert wird insbesondere, dass sich die Bepreisung innovativer Arzneimittel nicht konsequent genug am therapeutischen **Zusatznutzen** ausrichtet, gemessen an einer zweckmäßigen Vergleichstherapie, und der MTF somit in diesem Bereich erheblich kostensteigernd wirkt. Insbesondere sog. Orphan Drugs für seltene Erkrankungen profitieren von umfassenden Sonderregelungen, haben jedoch oftmals keinen nachweisbaren Zusatznutzen. ↘ KASTEN 30 Sie machen weniger als 0,1 % der verordneten Tagesdosen aus, sind jedoch für 14 % der Ausgaben im GKV-Arzneimittelmarkt verantwortlich (Schröder et al., 2025). Dies verdeutlicht die hohe Konzentration der Ausgaben auf wenige, sehr teure Arzneimittel.

↘ KASTEN 30

Hintergrund: Bepreisung verschreibungspflichtiger Arzneimittel in der GKV

Die Bepreisung verschreibungspflichtiger Arzneimittel in der GKV erfolgt in einem zweigeteilten System. Im Neumarkt für patentgeschützte Arzneimittel ohne passende Festbetragsgruppe werden die Erstattungsbeträge im sog. AMNOG Verfahren zwischen GKV-Spitzenverband und den Herstellern verhandelt. Dabei soll der Preis den therapeutischen Zusatznutzen widerspiegeln. In diesem Verfahren sind Arzneimittel nach der Zulassung unmittelbar erstattungsfähig, wobei die pharmazeutischen Unternehmen den Preis für die ersten sechs Monate frei festsetzen. Parallel wird der Zusatznutzen bewertet, auf dessen Grundlage anschließend ein Erstattungsbetrag verhandelt wird, der rückwirkend gilt (Schröder et al., 2025). Ein belegter Zusatznutzen rechtfertigt einen Zuschlag auf die Kosten der Vergleichstherapie. Fehlt er, wird der Preis meist auf das Niveau der wirtschaftlichsten Standardtherapie gedeckelt. Dieses Zusammenspiel aus frühem Marktzugang und nachgelagerter Preisverhandlung führt dazu, dass innovative Arzneimittel zunächst zu hohen Preisen in den Markt eintreten, im internationalen Vergleich jedoch schnell verfügbar sind (SVR Gesundheit & Pflege, 2025).

Im Bestandsmarkt, der vorwiegend aus Generika und patentfreien Wirkstoffen besteht, können pharmazeutischen Unternehmen ihre Preise grundsätzlich frei festlegen. Das Preisniveau wird jedoch durch Festbeträge für therapeutisch vergleichbare Arzneimittelgruppen begrenzt. Für jede dieser Festbetragsgruppen setzt der GKV-Spitzenverband eine Höchstgrenze für die Erstattung durch die GKV (BfArM, 2026).

Eine Sonderregelung gilt für Orphan Drugs, also Arzneimittel zur Behandlung seltener Erkrankungen. Für diese Arzneimittel gilt der Zusatznutzen bereits mit der Zulassung und bis zu einer Jahresumsatzgrenze als belegt, ohne dass ein empirischer Nutzennachweis erforderlich ist („fiktiver Zusatznutzen“). Spätere reguläre Nutzenbewertungen zeigen, dass bei einem erheblichen Teil der Orphan Drugs kein Zusatznutzen nachweisbar ist (SVR Gesundheit & Pflege, 2025). Zudem liegt ihr Erstattungspreis näher am ursprünglichen Markteintrittspreis als für andere Arzneimittel und ist somit tendenziell überhöht.

IV. BEITRAGSSATZENTWICKLUNG IM STATUS QUO

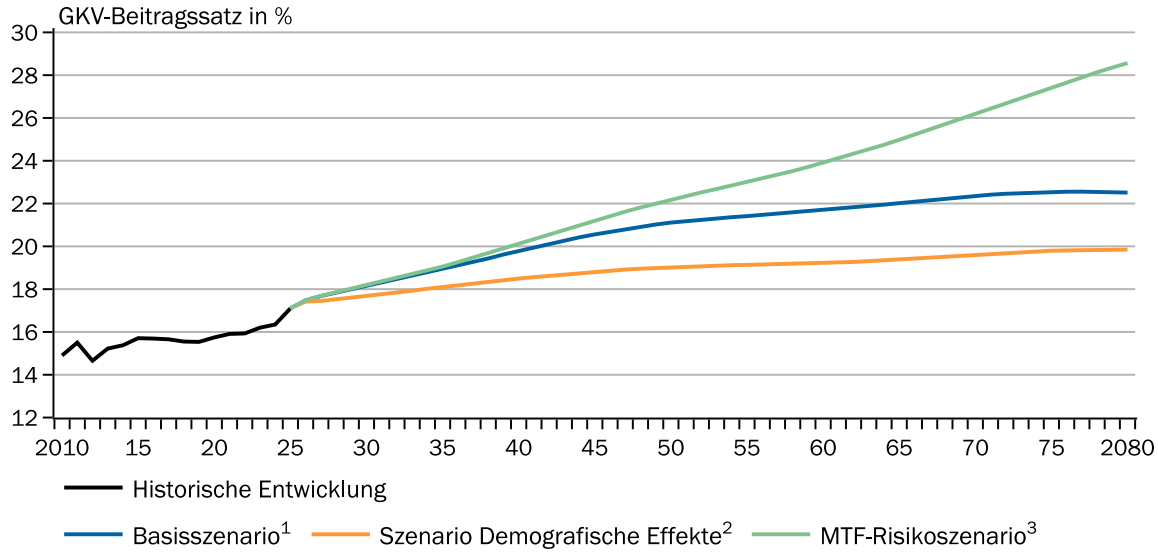
471. Der Sachverständigenrat projiziert die weitere Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben der GKV auf Grundlage der Langfristsimulationen von Werding et al. (2026). Dabei wird abgeschätzt, wie sich der durchschnittliche Beitragssatz im bestehenden System der GKV unter geltender Rechtslage bis zum Jahr 2080 weiterentwickeln. Im Basisszenario werden steigende Finanzierungsbedarfe über höhere Beitragssätze ausgeglichen, während die Bundesmittel regelbasiert fortgeschrieben werden. ↘ ZIFFER 345 Daneben werden weitere Szenarien, unter anderem mit abweichenden Annahmen zur künftigen Bevölkerungsentwicklung, betrachtet. ↘ PLUSTEXT 12 In der GKV wirkt neben demografischen Effekten insbesondere der MTF kostentreibend, über dessen zukünftige Entwicklung aber grundlegende Ungewissheit besteht. Im Basisszenario wird daher angenommen, dass der MTF am aktuellen Rand mit 0,9 Prozentpunkten pro Jahr zum Anstieg der Leistungsausgaben beiträgt und sich anschließend bis zum Ende des Projektionszeitraums kontinuierlich abschwächt. ↘ ZIFFER 459

472. Die Simulationen des Sachverständigenrates zeigen, dass es zu einem langfristigen Anstieg der Ausgaben und Beitragssätze in der GKV kommen dürfte. ↘ ABBILDUNG 94 Der Beitragssatz dürfte im Jahr 2027 durchschnittlich auf 17,7 % und bis zum Jahr 2030 auf 18,2 % ansteigen. Danach steigt er kontinuierlich weiter auf ein Niveau von 19,8 % im Jahr 2040 und erreicht im Jahr 2080 einen Wert von 22,5 %.

473. Im Vergleich zum Basisszenario zeigt ein Szenario mit rein demografischer Dynamik, das von kostensteigernden Innovationen des MTF abstrahiert, einen deutlich geringeren Ausgabenanstieg in der GKV. Der Beitragssatz steigt in diesem Fall bis zum Jahr 2040 auf 18,5 % und bis zum Jahr 2080 auf 19,8 %. In einem Risikoszenario wird hingegen eine stärkere Wirkung des MTF unterstellt, indem dessen historische Dynamik ungebremst fortgeschrieben wird. ↘ KASTEN 28 Dies führt zu einem erheblich stärkeren Ausgabenanstieg und damit zu einem deutlich höheren Beitragssatz von 20,2 % im Jahr 2040 und 28,6 % im Jahr 2080.

↘ ABBILDUNG 94

Simulation des GKV-Beitragssatzes im Status Quo



1 – Entwicklung nach geltendem Recht bei regelbasierter Fortschreibung der Bundesmittel, erwarteter demografischer Entwicklung und unter Fortschreibung des MTF mit moderater Dynamik. 2 – Entwicklung nach geltendem Recht, bei regelbasierter Fortschreibung der Bundesmittel und bei erwarteter demografischer Entwicklung. 3 – Entwicklung nach geltendem Recht, bei regelbasierter Fortschreibung der Bundesmittel, bei erwarteter demografischer Entwicklung und unter Fortschreibung des MTF mit ungebremster Dynamik.

Quellen: BMG, SIM.24
© Sachverständigenrat | 26-064-02

Daten (CSV)

V. REFORMOPTIONEN FÜR EINE NACHHALTIGE FINANZIERUNG DER KRANKENVERSICHERUNG

474. Der Sachverständigenrat diskutiert in diesem Abschnitt ausgaben- und einnahmenseitige Reformoptionen, die das Potenzial haben, die nachhaltige Finanzierung der GKV bei Gewährleistung eines angemessenen Leistungsniveaus zu sichern. ↘ PLUSTEXT 11 Einige weitere Reformoptionen wurden kürzlich von der FinanzKommission Gesundheit (FKG) vorgelegt. ↘ PLUSTEXT 20 Auf dieser Basis hat die Bundesregierung am 29. April 2026 im Bundeskabinett einen Entwurf für das geplante GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz verabschiedet (Bundesregierung, 2026).

+

↘ PLUSTEXT 20

Hintergrund: Reformvorschläge der FinanzKommission Gesundheit (FKG)

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) erarbeitet die FKG Reformvorschläge zur Stabilisierung des Beitragssatzes in der GKV bei gleichzeitiger Sicherung eines hohen Qualitäts- und Leistungsniveaus (FKG, 2026). Mit dem ersten Bericht wurden Vorschläge für Maßnahmen vorgelegt, die bereits ab dem Jahr 2027 greifen sollen und damit schon kurzfristig wirksam werden. Ein zweiter Bericht mit weitergehenden mittel- und langfristigen Strukturreformen ist für Ende des Jahres 2026 angekündigt. Als zentrale Ursache der dynamischen Ausgaben-

entwicklung identifiziert die Kommission insbesondere steigende Preise und Vergütungen im Gesundheitswesen, die sich zunehmend von der Einnahmenentwicklung entkoppelt haben. Vor diesem Hintergrund legte sie ein Bündel von 66 Reformempfehlungen mit einem Entlastungspotenzial von 42,3 Mrd Euro im Jahr 2027 vor, das bis zum Jahr 2030 auf 63,9 Mrd Euro anwächst.

Die Reformvorschläge auf der Ausgabenseite zielen auf eine Begrenzung des Ausgabenanstiegs. Vorgeschlagen werden Maßnahmen zur Effizienzsteigerung, zum Abbau von Über- und Fehlversorgung sowie für eine stärkere Ausrichtung an evidenzbasierter Medizin. Ergänzend werden Anpassungen bei den Kostenbeteiligungen der Versicherten vorgeschlagen. Zentrale Leitlinie ist die Rückkehr zu einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik, wonach Ausgabensteigerungen künftig enger gedeckelt werden sollen. Auf der Einnahmenseite empfiehlt die Kommission eine moderate Ausweitung der Finanzierungsbasis. Dazu zählen die Abschaffung der beitragsfreien Mitversicherung, eine stärkere Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen sowie präventiv ausgerichtete Maßnahmen wie die Erhöhung von Verbrauchsteuern auf gesundheitsschädliche Produkte (z. B. Tabak, Alkohol und zuckerhaltige Getränke).

1. Gesundheitskosten effektiver steuern

475. Die finanzielle Anspannung der GKV ist vor allem auf einen hohen Ausgabenanstieg zurückzuführen, der wesentlich durch nicht-demografische Faktoren getrieben wird. ↘ ZIFFERN 453 FF. An erster Stelle werden hier daher ausgabenseitige Reformoptionen diskutiert. Insbesondere sollte die Finanzierung der Krankenhäuser unabhängiger von Fallzahlen ausgestaltet werden und die Vergütung sich durch Aussetzung der Meistbegünstigungsklausel stärker am tatsächlichen Kostenanstieg orientieren. Zusätzlich sollte durch Anpassungen des Pflegebudgets verhindert werden, dass Pflegekräfte für andere Tätigkeiten eingesetzt werden. Zudem sollten die Preise für neue Arzneimittel konsequent am therapeutischen Zusatznutzen ausgerichtet werden. Damit dürfte der Anstieg der beiden zentralen Treiber der GKV-Ausgaben gebremst werden. ↘ ZIFFER 460 Darüber hinaus sollten Kostenbeteiligungen zielgenauer eingesetzt und die Prävention gesundheitsschädlichen Konsumverhaltens durch Marketingregeln, verbindliche Standards für gesunde Ernährung in Kitas und Schulen sowie durch Preissignale gestärkt werden.

Durch stärkere Prävention Ausgaben langfristig dämpfen

476. **Informations- und Bildungsmaßnahmen sind ein wichtiger Bestandteil der Prävention, reichen für eine nachhaltige Verringerung gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen jedoch häufig nicht aus** (Jepson et al., 2010). Sie setzen voraus, dass Individuen gesundheitsbezogene Informationsangebote aktiv wahrnehmen, verstehen und im Alltag in Verhaltensänderungen übersetzen. Gesundheitskompetenz ist jedoch sozial ungleich verteilt (Nickel und Knesebeck, 2020; Karran et al., 2023). Entsprechend erreichen informationsbasierte Präventionsstrategien benachteiligte Gruppen häufig schlechter (Präventionsparadox; Rose, 2001; Wissenschaftsrat, 2026) und können bestehende Unterschiede im Gesundheitsverhalten teilweise sogar noch verstärken (Kaba-Schönstein und Kilian, 2023), etwa wenn Kommunen mit sozio-

ökonomisch schwächerer Bevölkerung seltener an Programmen zur Gesundheitsförderung teilnehmen (Herbert-Maul et al., 2023). Hinzu kommt, dass gesundheitsschädlicher Konsum vielfach durch Gewohnheiten, Gegenwartspräferenz und schwache Selbstkontrolle geprägt ist, die durch reine Wissensvermittlung nur begrenzt adressiert werden (Matjasko et al., 2016). Dies spricht dafür, Informations- und Bildungsangebote durch Instrumente zu ergänzen, wie etwa **Werbeverbote und Marketingregeln sowie verbindliche Standards für gesunde Ernährung in Kitas und Schulen**.

477. **In der Verhaltensprävention kann der Staat die Lenkungswirkung von Preissignalen gezielt nutzen**, indem er über Verbrauchsteuern oder Mindestpreise die Endverbraucherpreise erhöht. Steigende Preise für gesundheitsschädliche Produkte wie Tabak, Alkohol oder stark zuckerhaltige Lebensmittel führen empirisch erhärtet zu einem Rückgang des Konsums und damit mittel- bis langfristig zu einer geringeren Krankheitslast. Für Alkohol zeigen empirische Studien konsistent negative Preiselastizitäten der Nachfrage, sodass Preiserhöhungen mit spürbaren Rückgängen im Konsum einhergehen (Wagenaar et al., 2009; Fogarty, 2010; Neufeld et al., 2022). Schätzungen zufolge könnten durch eine deutliche Erhöhung der Verbrauchsteuern relevante Anteile alkoholbedingter Krankheits- und Todesfälle vermieden werden (Kilian et al., 2022). Auch die Preiselastizität der Nachfrage für Tabakprodukte ist hoch, wobei die Reaktion bei Haushalten mit niedrigem sozioökonomischen Status besonders ausgeprägt ist (Hanewinkel und Isensee, 2003; Chaloupka et al., 2011).

478. **Deutschland schneidet bei der präventiven Ernährungspolitik im europäischen Vergleich besonders schwach ab.** ↘ ABBILDUNG 90 So wurde in Deutschland bislang keine Abgabe auf stark zucker- und fetthaltige Lebensmittel implementiert. Bisherige Präventionsmaßnahmen, etwa die im Jahr 2025 ausgelaufene Nationale Reduktions- und Innovationsstrategie (BMLEH, 2026b), setzten auf freiwillige Reduktionsziele der Lebensmittelwirtschaft. Zwischenberichte zeigen Fortschritte bei einzelnen Produktgruppen, betonen jedoch fortbestehenden Handlungsbedarf (Gréa et al., 2025). **Vor diesem Hintergrund kann eine breit angelegte, am jeweiligen Zutatengehalt orientierte Abgabe als strukturelles Präventionsinstrument ansetzen** (Fischbacher et al., 2025). Im Gegensatz zu einer Ausgestaltung als Wertsteuer erzeugt ein solcher Ansatz neben der Lenkungswirkung für Konsumenten auch einen Anreiz für Produzenten, die Verwendung der besteuerten Inhaltsstoffe zu reduzieren (Bandy et al., 2020; Dickson et al., 2025).

479. Kurzfristig wirken Verbrauchsteuern auf Tabak, Alkohol oder stark zuckerhaltige Lebensmittel tendenziell regressiv, weil Haushalte im unteren Einkommensbereich im Durchschnitt einen größeren Teil ihres Einkommens für den Konsum dieser Produkte aufwenden (Klosterhalfen und Kotz, 2025; Staudigel et al., 2025). Im europäischen Vergleich sind die sozioökonomischen Ungleichheiten bei der Inzidenz dieser Risikofaktoren in Deutschland groß (OECD und European Observatory, 2025). Langfristig fallen die Preisreaktionen in diesen Gruppen häufig stärker aus, sodass Preiserhöhungen dort eine überproportionale gesundheitsbezogene Lenkungswirkung entfalten (Allcott et al., 2019) und bestehende Ungleichheiten in der Krankheitslast reduzieren können (Rogers et al., 2023; Cobiac et al., 2024). Über den Lebensverlauf dürfte die Nettoinzidenz sol-

cher Steuern bei Einbezug der langfristigen Gesundheitsgewinne und den damit verbundenen höheren Lebenserwerbseinkommen tendenziell eher progressiv ausfallen (Nomaguchi et al., 2017; Fuchs et al., 2018).

480. Für die effektive Lenkungswirkung von Abgabenerhöhungen sind mögliche Ausweichreaktionen zu berücksichtigen. Zum einen kann es bei hohem Preisgefälle zu grenzüberschreitenden Nachfrageverschiebungen kommen. Während der Preis für Tabak in Deutschland im Vergleich mit den Nachbarländern durch eine Reihe von Steuererhöhungen in der Vergangenheit bereits deutlich gestiegen ist, liegt der Preis für Alkohol auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau (Eurostat, 2025). Insofern dürften Ausweichreaktionen dort geringer ausfallen. Zum anderen dürfte die Lenkungswirkung besonders hoch ausfallen, wenn Abgabenerhöhungen breite Gütergruppen gleichermaßen belasten und dadurch Ausweichreaktionen in Substitutionsprodukte, wie beispielsweise ihrerseits potenziell gesundheitsgefährdende Süßstoffe (BfR, 2023) im Fall einer Verbrauchsteuer auf Zucker, vermieden werden (Plamper et al., 2006; Müller et al., 2010; García-Chávez et al., 2025).

Kostenbeteiligungen zielgenau einsetzen

481. Kostenbeteiligungen der Versicherten zum Zweck der Reduzierung der Nachfrage von Leistungen mit geringem medizinischen Nutzen wirken oftmals nicht zielgenau, da sie auch die Inanspruchnahme medizinisch notwendiger Leistungen reduzieren. ↘ KASTEN 27 Die medizinische Notwendigkeit von Leistungen kann in der Regel besser durch Fachpersonal als durch Versicherte beurteilt werden. **Maßnahmen zur Reduktion medizinisch nicht notwendiger Leistungen sollten daher primär bei den Leistungserbringern ansetzen.** Die Versicherten können die von ihnen verursachten Gesundheitskosten hingegen vor allem über ihren Gesundheitszustand beeinflussen. Um diesen zu verbessern, sollten die Rahmenbedingungen für ein gesundheitsförderliches Verhalten gestärkt ↘ ZIFFER 476 und die Inanspruchnahme präventiver Leistungen gefördert werden. ↘ ZIFFER 485

482. Zuzahlungen im ambulanten Bereich sind insbesondere dann sinnvoll, wenn sie bei gleicher Wirksamkeit Anreize zur **Wahl einer kostengünstigeren Gesundheitsleistung** anstelle einer höherpreisigen Alternative setzen. Dies ist aktuell im Bereich Arzneimittel und bei Kostenbeteiligungen am Zahnersatz der Fall. ↘ ZIFFERN 436 FF. Eine pauschale Ausweitung von Kostenbeteiligungen, etwa durch eine Wiedereinführung der Praxisgebühr, ist hingegen kritisch zu bewerten, da sie auch notwendige Arztkontakte reduzieren kann. Stattdessen sollten **Instrumente zur Senkung der Kosten einzelner Arztkontakte** gestärkt werden, etwa durch den Einsatz von Telemedizin oder eine verbesserte Patientensteuerung. ↘ ZIFFER 491 Zuzahlungen auf Leistungen im stationären Bereich weisen hingegen eine geringe Nachfrageelastizität auf und leisten daher primär eine **Finanzierungsfunktion**.

483. Die pauschalen Zuzahlungen zu Leistungen der GKV wurden seit dem Jahr 2004 nicht erhöht. Die FKG beziffert die potenziellen Mehreinnahmen einer **Inflationsanpassung der pauschalen Zuzahlungen** auf 1,9 Mrd Euro (FKG, 2026). Die Belastungsgrenzen für Zuzahlungen dämpfen die Mehreinnahmen je-

doch deutlich. ↘ ZIFFER 438 In Simulationen des Sachverständigenrates sinken die Mehreinnahmen unter Berücksichtigung der Belastungsgrenzen auf bis zu 1,1 Mrd Euro. Dies entspricht einer Erhöhung der Einnahmen der GKV aus Zuzahlungen um rund 22 % und würde eine unmittelbare Beitragssatzsenkung um 0,1 Prozentpunkte ermöglichen. Die tatsächlichen Mehreinnahmen dürften noch geringer ausfallen, wenn Versicherte ihr Verhalten anpassen oder weitere Versicherte die Belastungsgrenze erreichen. Zudem können höhere Zuzahlungen die Ausgaben einzelner Krankenkassen erhöhen, da sie bei Überschreiten der Belastungsgrenzen die Kosten tragen und diese nicht über den Morbi-RSA ausgeglichen werden (FKG, 2026).

484. Eine isolierte Erhöhung der Zuzahlungen hätte zugleich verteilungsrelevante Effekte. Zwar begrenzen die geltenden Belastungsgrenzen von 2 % des Bruttoeinkommens (bzw. 1 % für chronisch Kranke) die jährliche Gesamtbelastung, jedoch wirken punktuell anfallende, pauschale Zuzahlungen vor Erreichen dieser Schwellen insbesondere für einkommensschwache Haushalte mit Liquiditätsrestriktionen belastend. Empirische Evidenz zeigt, dass Kostenbeteiligungen gerade bei vulnerablen Gruppen zu gesundheitlich nachteiligen Verhaltensanpassungen führen können. ↘ KASTEN 27 Um diese Verteilungseffekte abzufedern, wäre eine zu Jahresbeginn erfolgende **Zuzahlungsbefreiung von Versicherten mit niedrigem Einkommen** zusätzlich zu den bestehenden Belastungsgrenzen sinnvoll (WHO, 2025). Die Krankenkassen könnten diese auf Antrag der Versicherten umsetzen. Eine analoge Befreiungsregelung besteht bereits beim Festzuschusssystem zum Zahnersatz. ↘ ZIFFER 502

485. Kostenbeteiligungen in Form von Bonusprogrammen zur Förderung präventiven Verhaltens zeigen in ihrer aktuellen Ausgestaltung nur begrenzt Wirkung (Deutscher Bundestag, 2021a). Auf Seiten der Versicherten belohnen sie häufig nicht nur Verhaltensänderungen, sondern auch bereits bestehendes Verhalten, sodass Selektions- und Mitnahmeeffekte auftreten. Um effektive Verhaltensänderungen anzuregen, sollten Bonusprogramme nur solche Leistungen fördern, die einen wissenschaftlich erwiesenen zusätzlichen Nutzen für die Gesundheit haben (BVA, 2018). Breiter angelegte Kostenbeteiligungen wie Selbstbehalte wirken sich weder gezielt noch positiv auf Präventionsbemühungen aus (Brot-Goldberg et al., 2017). Auf Seiten der Krankenkassen könnte eine Weiterentwicklung des Morbi-RSA Anreize schaffen, in effektive Präventionsleistungen und -anreize zu investieren. ↘ ZIFFER 434 Reformvorschläge umfassen insbesondere eine Erhöhung des finanziellen Volumens (Drösler et al., 2025), eine Ausweitung auf weitere Präventionsmaßnahmen (Berndt et al., 2025) sowie Anpassungen der Krankheitsgewichtung im Morbi-RSA (Häckl et al., 2016).

486. Neben Kostenbeteiligungen hat auch die Digitalisierung des Gesundheitswesens das Potenzial, das Verhalten der Versicherten zu beeinflussen und dadurch Gesundheitskosten zu senken. Dabei könnte die im Jahr 2025 eingeführte elektronische Patientenakte (ePA) für digitales Nudging genutzt werden, indem die Versicherten individualisierte und digitale Erinnerungen an Vorsorgeuntersuchungen, Impfauffrischungen oder Medikamenteneinnahme erhalten (Strandbygaard et al., 2010; Milkman et al., 2021; GKV-Spitzenverband, 2026c). Zudem könnte die Möglichkeit, Abrechnungsdaten in der ePA einzusehen, grundsätzlich zu einer stärkeren Auseinandersetzung mit den eigenen Gesund-

heitskosten und damit zu einer kostenbewussteren Inanspruchnahme beitragen. Auch Abrechnungsbetrug könnte so einfacher von den Versicherten entdeckt werden (Deutsches Ärzteblatt, 2023; GKV-Spitzenverband, 2025). Da die Nutzerfreundlichkeit und die tatsächliche Nutzung der ePA noch erheblich verbessert werden können, bleibt dieses Potenzial derzeit größtenteils ungenutzt (von Kalckreuth et al., 2025; BMG, 2026e). ↘ ZIFFERN 504 FF.

Krankenhausfinanzierung und Angebotsstruktur bedarfsgerecht ordnen

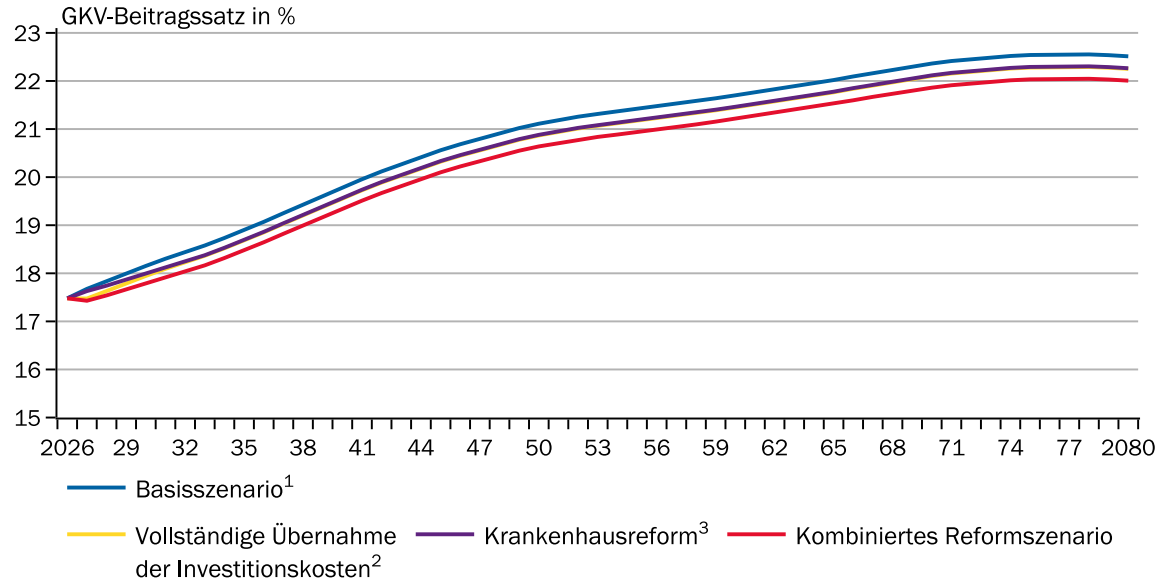
487. **Eine nachhaltige Begrenzung des Ausgabenanstiegs im Krankenhausbereich erfordert ein Zusammenspiel aus Strukturreformen, angepassten Vergütungsmechanismen und einer klareren Finanzierungsverantwortung.** Die von der Vorgängerregierung in der 20. Legislaturperiode angestoßene Krankenhausreform eröffnet die Möglichkeit, durch stärkere Spezialisierung, eine bessere Qualitätssicherung und eine weitergehende Entkopplung der Finanzierung der Krankenhäuser von der Zahl der behandelten Patienten Effizienzreserven zu heben und die Versorgungsqualität zu stärken (BMG, 2024). Damit adressiert sie zentrale strukturelle Ursachen des Ausgabenanstiegs im Krankenhausbereich.

Eine konsequente Umsetzung der Reform könnte den durchschnittlichen Beitragssatz dauerhaft um bis zu 0,4 Prozentpunkte senken. Nach den derzeitigen Änderungen im Rahmen des KHAG dürfte jedoch nur etwa die Hälfte dieses Entlastungspotenzials realisiert werden (Augurzky und Karagiannidis, 2026). Einen wesentlichen Beitrag zum Erreichen dieser Ziele können bundeseinheitlich definierte Leistungsgruppen für Krankenhäuser mit klar überprüfbaren Qualitätskriterien leisten. ↘ KASTEN 29 Im Zuge der Überarbeitung der Reform zeichnet sich jedoch ab, dass Qualitätsmaßstäbe gelockert und Umsetzungsfristen sowie Ausnahmeregelungen verlängert werden. ↘ ZIFFER 467 Übergangs- und Ausnahmeregelungen sollten daher eng auf Fälle begrenzt werden, in denen sie nachweislich erforderlich sind, um Versorgungslücken zu verhindern. Auf Basis der Simulationen des Sachverständigenrates dürfte eine **Umsetzung der abgeschwächten Reform** ab dem Jahr 2026 den **Beitragssatz** im Jahr 2030 gegenüber dem Basisszenario **um bis zu 0,2 Prozentpunkte auf 18,0 % senken**. ↘ ABBILDUNG 95 Gemessen an den Ausgaben für stationäre Behandlungen und am vermuteten Ausmaß der Ineffizienzen im deutschen Gesundheitswesen erscheinen diese Effekte als eher klein.

488. Neben strukturellen Reformen können auch Anpassungen der Vergütungsmechanismen zur Begrenzung des Ausgabenanstiegs beitragen. Um den Ausgabenanstieg in der stationären Versorgung kurzfristig zu begrenzen, könnte die **Meistbegünstigungsklausel** für die nächsten Jahre ausgesetzt werden. ↘ PLUSTEXT 19 An ihre Stelle könnte in dieser Zeit ein Mechanismus treten, der die Vergütung auf die tatsächliche Kostenentwicklung (Orientierungswert) begrenzt. Die Effekte der einmaligen Aussetzung der Klausel im Jahr 2026 verdeutlicht die Größenordnung: Für das Jahr 2026 werden dadurch Ausgabensteigerungen der GKV von bis zu 1,8 Mrd Euro vermieden (Deutscher Bundestag, 2025a). Dies wirkt sich zudem als Basiseffekt in den Folgejahren aus, weil spätere Steigerungen auf einem entsprechend niedrigeren Ausgangsniveau ansetzen.

↘ ABBILDUNG 95

Effekte von Reformen der Krankenhausfinanzierung auf den GKV-Beitragssatz



1 – Entwicklung nach geltendem Recht bei regelbasierter Fortschreibung der Bundesmittel, erwarteter demografischer Entwicklung und unter Fortschreibung des MTF mit moderater Dynamik. 2 – Effekte einer vollständigen Übernahme der Investitionskosten der Krankenhäuser durch die Länder. 3 – Effekte der Krankenhausreform bei einer Umsetzung aller von der Vorgängerregierung in der 20. Legislaturperiode geplanten Maßnahmen.

Quellen: BMG, SIM.24
© Sachverständigenrat | 26-131-01

Daten (CSV)

Um den Ausgabenanstieg stärker zu dämpfen, könnte an die Stelle einer Orientierung an der durchschnittlichen Kostenentwicklung eine Vergleichsgröße treten, die die Qualität der Versorgung einbezieht und die effiziente Leistungserbringung stärkt. Jedoch könnte eine zu strikte Indexierung längerfristig zu Versorgungslücken führen, insbesondere wenn die Krankenhauskosten aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts oder außergewöhnlicher Kostenschocks der Krankenhäuser stärker wachsen als erwartet. ↘ ZIFFERN 458 F. Zur Vermeidung systemischer Unterfinanzierung könnte eine Reform der Meistbegünstigungsklausel um eine **befristete Ausnahmeregel** ergänzt werden, etwa bei Pandemien. Die Aktivierung könnte an formale Feststellungen geknüpft werden, beispielsweise an die Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite (§ 5 IfSG). In Krisenjahren wäre dann ein zeitlich befristeter Aufschlag möglich.

489. **Um Fehlanreize der separaten Pflegefinanzierung zu reduzieren und gleichzeitig eine bedarfsgerechte Ausstattung mit Pflegepersonal sicherzustellen, ist eine rechtlich und operativ eindeutige Abgrenzung der finanzierungsfähigen Pflegedienstleistungen** („Pflege am Bett“) **entscheidend**. Dadurch wird das Risiko begrenzt, dass Pflegekräfte für pflegefremde Tätigkeiten eingesetzt und entsprechende Kosten dem Pflegebudget zugerechnet werden. Eine Reform des Pflegebudgets sollte darauf abzielen, dass Kostensteigerungen weniger unmittelbar an die Versicherten weitergegeben werden, sondern die Leistungserbringer stärker Verantwortung für eine effiziente Personal- und Budgetorganisation tragen. ↘ ZIFFER 466 Zudem sollten Verbesserungen der pflegerischen Personalausstattung im Krankenhausbereich sektorübergreifend betrachtet werden, da Personalaufbau im stationären Sektor bei Pflegekräf-

teengpässen mit Verdrängungseffekten und damit potenziellen Versorgungsdefiziten in anderen Bereichen, beispielsweise bei der Altenpflege, einhergehen können.

490. Der sinkende Investitionszuschuss der Länder verstärkt den Anreiz für Krankenhäuser, notwendige Modernisierungen über zusätzliche Behandlungserlöse zu finanzieren. ↘ ZIFFER 465 Das Investitionsdefizit wirkt damit nicht nur als Finanzierungsproblem, sondern verstärkt zugleich die Anreize zur Mengenausweitung. Eine stärkere Wahrnehmung ihrer Verantwortung für Krankenhausinvestitionen durch die Länder könnte diese Anreize verringern. **Eine vollständige Übernahme der Investitionskosten durch die Länder würde die GKV um bis zu 4,5 Mrd Euro jährlich entlasten.** ↘ KASTEN 26 Damit würden die Beitragszahlenden entlastet, zugleich stiege jedoch der Konsolidierungsdruck in den Landeshaushalten und damit potenziell die Belastung der Steuerzahlenden.

Wie groß die Förderlücke langfristig ausfällt, hängt zudem von der konsequenten Umsetzung der Krankenhausreform ab: Sinkt die Zahl der Krankenhausstandorte, können sich langfristig auch der Erhaltungs- und Instandsetzungsbedarf reduzieren. Die mittelfristigen Umstellungskosten sollen über den Transformationsfonds abgefedert werden. Dieser ist bis zum Jahr 2035 befristet und wird zur Hälfte aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds – also aus GKV-Mitteln – finanziert (BAS, 2026b). Er kann damit den Übergang unterstützen, ersetzt Investitionen der Länder aber nicht dauerhaft. Hierfür bedarf es eines Aufwuchses der Landesmittel in der Größenordnung des verbleibenden Investitionsbedarfs nach Abschluss der Reform. Auf Basis der Simulationen des Sachverständigenrates dürfte eine vollständige Übernahme der Investitionskosten ab dem Jahr 2026 den Beitragssatz gegenüber dem Basisszenario dauerhaft um bis zu 0,2 Prozentpunkte reduzieren. ↘ ABBILDUNG 95

491. Ein weiterer zentraler Hebel zur Ausgabendämpfung liegt in der Reduktion vermeidbarer stationärer Behandlungen. Deutschland weist im internationalen Vergleich einen sehr hohen Anteil solcher vermeidbarer stationärer Behandlungen auf (OECD und European Observatory, 2025). ↘ ZIFFER 468 Ein Teil dieser Fälle lässt sich durch einen **Ausbau der ambulanten Versorgung** und eine **bessere Lenkung von Patienten** entlang der Versorgungskette vermeiden, ohne die Versorgungsqualität zu verschlechtern. Zum einen kann der **Katalog für Ambulantes Operieren (AOP-Katalog)** weiterentwickelt werden, sodass geeignete Eingriffe regelhaft ambulant erfolgen. Dafür braucht es klare Qualitäts- und Nachsorgeanforderungen, um Versorgungslücken zu vermeiden. Zum anderen kann eine Ausweitung sektorneutraler Vergütungen, beispielsweise Hybrid-DRGs, die Anreize bei Leistungserbringern so verändern, dass die Wahl zwischen ambulanter und (kurz-)stationärer Behandlung stärker medizinisch statt ökonomisch bestimmt wird (Hengel et al., 2026). Zudem kann ein Ausbau der Patientensteuerung in der Primärversorgung dazu beitragen, vermeidbare stationäre Behandlungen zu reduzieren (Sripa et al., 2019; Marchildon et al., 2021). So können hausarztzentrierte Modelle die Versorgung stärker bündeln, unnötige Facharztkontakte und Doppeluntersuchungen verringern und die ambulante Nachsorge verlässlich organisieren (Hofmann und Mühlenweg, 2017; Gerlach und Szecsenyi, 2020).

Arzneimittelpreise stärker am Zusatznutzen ausrichten

492. Der Anstieg der Arzneimittelausgaben der GKV wurde in den vergangenen Jahren vor allem durch neue, patentgeschützte Arzneimittel getrieben. ↘ ZIFFERN 469 F. Angesichts der steigenden Zahl neuer, individualisierter Therapieverfahren infolge des medizinisch-technischen Fortschritts kommt der **Ausgestaltung der Preisbildung für Arzneimittel** eine zentrale Rolle für den zukünftigen Ausgabenanstieg der GKV zu.

Hierbei existiert jedoch ein Zielkonflikt. Strengere, nutzenbasierte Preisregeln können zwar zur Begrenzung der Ausgaben der GKV beitragen und für die Hersteller die Anreize erhöhen, belastbare Evidenz und therapeutischen Zusatznutzen zu generieren. Gleichzeitig besteht aber das Risiko, dass niedrigere erwartete Erlöse zu einer verzögerten Markteinführung neuer Arzneimittel führen und die Innovationstätigkeit der Hersteller, insbesondere bei inkrementellen Innovationen, mindern. Empirische Studien zeigen, dass es durch eine strengere Preisregulierung zu einer verzögerten Markteinführung neuer Arzneimittel kommen kann (Kamphuis et al., 2021; Büssgen und Stargardt, 2023). Es existiert jedoch keine eindeutige empirische Evidenz, in welchem Umfang Preisregulierung die Innovations- und Standortentscheidungen pharmazeutischer Unternehmen beeinflusst (SVR Gesundheit & Pflege, 2025). Zudem ist die Förderung und Finanzierung von privatwirtschaftlichen Forschung und Entwicklungsaktivitäten nicht Teil der gesetzlich verankerten Aufgaben der GKV (SVR Gesundheit & Pflege, 2025). Eine Förderung des Pharmastandorts Deutschland sollte daher nicht über Preismechanismen, sondern über geeignete, bspw. aus Steuermitteln finanzierte Fördermaßnahmen erfolgen.

493. Der Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege hat zuletzt umfassende Reformvorschläge vorgelegt, nach denen die Bepreisung innovativer Arzneimittel stärker am therapeutischen Zusatznutzen orientiert werden könnte (SVR Gesundheit & Pflege, 2025). So könnte unter anderem das bisherige Privileg für Orphan Drugs, einen fiktiven Zusatznutzen ohne reguläre Bewertung zu erhalten, abgeschafft werden. Der Entwurf zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz sieht dagegen eine gewisse Lockerung der bisherigen Preisregulierung vor. So sollen in der Zukunft auch Arzneimittel mit geringem oder nicht quantifizierbarem Zusatznutzen wieder einen höheren Preis als die Vergleichstherapie beanspruchen können, um die damit einhergehende Innovation zu honorieren. Nur für Arzneimittel ohne Zusatznutzen bzw. mit nicht belegtem Zusatznutzen sollen weiterhin enge Preisgrenzen gesetzt werden. Flankiert werden diese Maßnahmen durch einen dynamischen Herstellerabschlag, der den Ausgabenanstieg bei patentgeschützten Arzneimitteln mit verhandeltem Erstattungsbetrag stärker an die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen koppelt. Zugleich sieht der Gesetzentwurf für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen eine Befreiungsmöglichkeit von diesem dynamischen Herstellerabschlag vor, wenn klinische Prüfungen in relevantem Umfang in Deutschland durchgeführt wurden und die Wirkstoffproduktion in Deutschland einen relevanten Beitrag zur bedarfsgerechten Versorgung erwarten lässt (Bundesregierung, 2026). Solche standortpolitischen Ausnahmen zulasten der GKV sind aus den zuvor bereits genannten Gründen abzulehnen. ↘ ZIFFER 492

2. Finanzierung neu kalibrieren

494. Die Finanzierung der GKV kann vor allem durch Reformen auf der Ausgabenseite stabilisiert werden. ↘ ZIFFER 475 Reformvorschläge für die GKV konzentrieren sich dennoch häufig auf die Einnahmenseite. Oft würden solche Vorschläge zwar den absehbaren Anstieg der Beitragssätze der GKV begrenzen, die mit der Finanzierung der Gesundheitskosten verbundenen Belastungen jedoch nicht vermindern, sondern nur verlagern. Dies würde zugleich den Druck verringern, bestehende Ineffizienzen im Gesundheitswesen zu überwinden. Manche Vorschläge passen zudem nicht zum bestehenden, historisch gewachsenen dualen Krankenversicherungssystem mit GKV und PKV. Größere Verbesserungen ließen sich nur durch sehr grundlegende Reformen erreichen, die jedoch auch mit möglichen Nachteilen einhergehen. ↘ KASTEN 31 Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden einnahmenseitige Reformoptionen behandelt, die im bestehenden Beitragssystem der GKV als umsetzbar erscheinen. Betrachtet werden die Auswirkungen einer Erhöhung des Bundeszuschusses zur Deckung der NBL ↘ ZIFFER 495 sowie einer Einschränkung der beitragsfreien Mitversicherung von Ehepartnern. ↘ ZIFFERN 496 F. Ergänzend werden die Effekte einer stärkeren Anhebung der BBG als mit dem allgemeinen Lohnwachstum, einer Ausweitung der Bemessungsgrundlage auf weitere Einkunftsarten sowie einer Heraufsetzung der Jahresarbeitsentgeltgrenze oder der Einbeziehung weiterer Personenkreise, etwa der Beamtinnen und Beamten, in die GKV diskutiert. ↘ ZIFFERN 499 FF.

↘ KASTEN 31

Hintergrund: Alternative Finanzierungsmöglichkeiten der GKV durch Steuern vs. Prämien

Diskussionen über grundlegende Reformen der Einnahmenseite der GKV lassen sich auf zwei grundsätzliche Alternativen zuspitzen, die sich ansatzweise auch im internationalen Vergleich beobachten lassen: eine vollständige Steuerfinanzierung von Gesundheitsausgaben oder eine Finanzierung über einkommensunabhängige Prämien. ↘ ZIFFERN 448 FF. Es ist fraglich, inwiefern entsprechende Reformen im historisch gewachsenen deutschen Gesundheitssystem umsetzbar wären. Trotzdem ist es interessant, die jeweils absehbaren institutionellen und ökonomischen Konsequenzen genauer zu beleuchten, weil dabei beiderseits Vor- und Nachteile zutage treten.

Beim Übergang zu einer vollständigen Steuerfinanzierung des Gesundheitssystems würden die heutigen Beiträge zur GKV entfallen und müssten durch entsprechend höhere Steuern ersetzt werden. Ausgehend vom aktuellen Beitragsaufkommen ergäbe sich ein zusätzlich benötigtes Steueraufkommen von rund 350 Mrd Euro. Die Verteilungswirkungen eines solchen Systemwechsels hingen maßgeblich von der konkreten Ausgestaltung der Gegenfinanzierung ab. Eine Finanzierung über Einkommensteuern würde tendenziell progressiv wirken, während eine stärkere Finanzierung über indirekte Steuern, wie die Umsatzsteuer, eher regressiv wirken würde. Damit ließen sich die Verteilungswirkungen zwar bei der Umstellung gestalten, im weiteren Verlauf der Haushaltsentwicklung würden sie aber deutlich intransparenter als im bestehenden Beitragssystem. Zudem würde einerseits die bei einer Beitragsfinanzierung resultierende, prinzipielle Begrenzung des Budgets für staatliche Gesundheitsleistungen aufgehoben. Andererseits würden sie auf Dauer ohne besondere Priorisierung in die Konkurrenz um allgemeine Haushaltsmittel einbezogen. Die Auswirkungen auf Arbeitsanreize hingen ebenfalls wesentlich davon ab, in welchem Umfang das erforderliche Steueraufkommen durch Steuern auf Erwerbseinkommen generiert würde. Tendenziell dürfte die Belastung des Fak-

tors Arbeit jedoch geringer ausfallen als im Status quo, sofern die Finanzierung zumindest teilweise über andere Steuerquellen erfolgt. Ein wichtiger Vorteil wäre, dass durch eine Steuerfinanzierung bisher privat Versicherte in die Umverteilung einbezogen würden, die bislang nur innerhalb der Gruppe der GKV-Versicherten stattfindet. Gleichzeitig würde das Geschäftsmodell der PKV grundsätzlich infrage gestellt. Private Krankenversicherungen könnten lediglich Zusatzversicherungen für Leistungen anbieten, die nicht im Leistungskatalog der GKV enthalten sind. Eine vollständige Abschaffung der PKV würde allerdings an rechtliche Hürden stoßen. ↘ ZIFFER 501 Schließlich würden sich bei einer vollständigen Steuerfinanzierung auch die Lenkungsmöglichkeiten gegenüber den Versicherten verändern. Während es durch unterschiedliche Zusatzbeiträge und Wahltarife aktuell zumindest teilweise Anreize für Kostenbewusstsein oder die Wahl kostengünstiger Versorgungsformen gibt, wäre eine solche Leistungssteuerung in einem ausschließlich steuerfinanzierten System weitgehend aufgehoben. Steuerungswirkungen gegenüber den Leistungserbringern könnten bei vollständiger Steuerfinanzierung nicht mehr über den Wettbewerb und die Vertragsgestaltung der Krankenkassen erfolgen, sondern müssten allein über regulatorische Instrumente, Vergütungsstrukturen und Budgetierungen angestrebt werden.

Ein Wechsel hin zu einem System mit einkommensunabhängigen Prämien in der GKV würde die Versicherungsfunktion der Krankenversicherung von der Umverteilungsfunktion trennen. Eine solche Trennung kann ökonomisch sinnvoll sein, da Versicherungs- und Umverteilungsziele über verschiedene Instrumente effizienter und transparenter verfolgt werden können. Um regressive Verteilungswirkungen zu vermeiden, müsste die bislang innerhalb der GKV erfolgende Umverteilung in das allgemeine Steuer- und Transfersystem verlagert werden, sodass sich daran auch in diesem Fall bisher privat Versicherte beteiligen würden. Die Prämienfinanzierung müsste dabei fest mit einem verlässlichen und möglichst bürokratiearmen Sozialausgleich verbunden werden, was schwierig sein dürfte. Nach Berechnungen des Sachverständigenrates würde eine kostendeckende Prämie im Jahr 2025 bei etwa 390 Euro (bzw. 480 Euro bei weiterhin beitragsfreier Mitversicherung von Kindern) liegen und einkommensschwache Haushalte finanziell überfordern. Der Sozialausgleich müsste dauerhaft an die Entwicklung der Prämien gekoppelt und möglichst automatisiert ausgestaltet werden, um Fälle von Nicht-Inanspruchnahme zu vermeiden. Ein Vorteil eines solchen Systems bestünde darin, dass die Finanzierung der Gesundheitsausgaben nicht mehr direkt mit dem Faktor Arbeit verknüpft wäre. Einkommensabhängige Beiträge erhöhen derzeit die marginale Belastung von Erwerbseinkommen; bei pauschalen Prämien würde diese Belastung aufgehoben. Zugleich würden durch den steuerfinanzierten Sozialausgleich, ähnlich wie bei einer vollständigen Steuerfinanzierung, neben Arbeitseinkommen auch andere Einkommensarten herangezogen. Hierbei würden jedoch weiterhin marginale Belastungen von Erwerbseinkommen entstehen. Zudem würde auch der Sozialausgleich in die allgemeine Budgetkonkurrenz geraten, was die Verlässlichkeit seiner Finanzierung beeinträchtigen kann. Pauschale Prämien erweitern die Steuerungsmöglichkeiten gegenüber Versicherten, weil sie differenziertere Tarife mit Selbstbehalten, Beitragsrückerstattungen oder Zusatzversicherungen erlauben. Hierdurch könnte der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen gestärkt werden. Nochmals erweitern ließen sich diese Steuerungsmöglichkeiten, wenn die Prämien nicht mehr hälftig von Arbeitgebern und Arbeitnehmern finanziert werden, sondern die Arbeitgeberanteile in höhere Bruttolöhne überführt und die Prämien allein von den Versicherten übernommen werden. In diesem Fall müssten künftige Prämiensteigerungen vollständig von den Versicherten getragen werden, diese würden Prämienunterschiede aber stärker wahrnehmen. Zudem ließen sich Prämien für Personen definieren und erheben, die bisher beitragsfrei mitversichert sind, wie etwa nicht-erwerbstätige Ehegatten ohne Betreuungspflichten. ↘ ZIFFER 497 Die Steuerungsmöglichkeiten gegenüber Leistungserbringern blieben grundsätzlich erhalten und könnten durch ein stärkeres Versorgungsmanagement der Kassen intensiviert werden. Schließlich könnte ein System mit einkommensunabhängigen Prämien weiterhin parallel zur PKV bestehen.

In Form pauschaler Zusatzbeiträge, die marginale Entscheidungen der Versicherten über ihren Versicherungsschutz beeinflussen sollten, ohne einen abrupten Systemwechsel vorzunehmen, wurde ein solches Modell in der Vergangenheit in Deutschland bereits kurzzeitig erprobt. Es wurde jedoch wieder abgeschafft, bevor belastbare Erkenntnisse über die Auswirkungen auf Wettbewerb und Versichertenverhalten gewonnen werden konnten. ↘ PLUSTEXT 17

Anpassungen bei NBL und beitragsfreier Mitversicherung

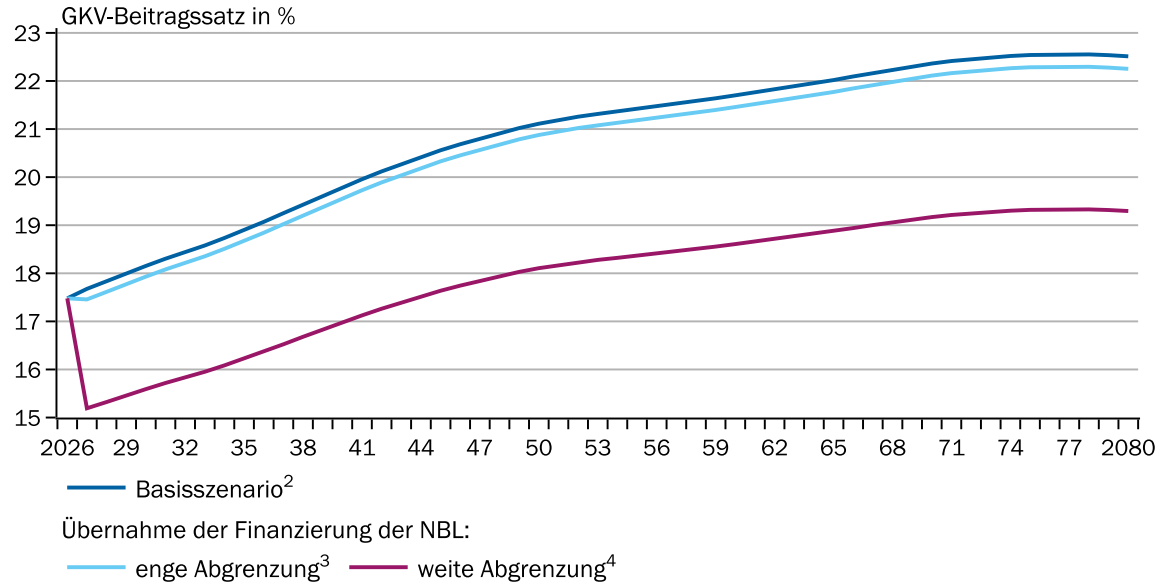
495. Durch den Bundeszuschuss beteiligt sich der Bund an den Kosten für Leistungen, die die GKV aus gesamtgesellschaftlichem Interesse erbringt. ↘ ZIFFER 433 Der Bundeszuschuss soll diese sog. NBL pauschal abdecken. Mangels einer rechtlichen Definition lässt sich jedoch nicht genau feststellen, in welchem Umfang der Zuschuss solche Leistungen abdeckt. Bei enger Abgrenzung der NBL deckt der aktuelle reguläre Bundeszuschuss in Höhe von 14,5 Mrd Euro die tatsächlich anfallenden und dem Bund zuzurechnenden NBL um rund 4 Mrd Euro zu wenig. ↘ KASTEN 26 Bei weiter Abgrenzung, die insbesondere die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern als nicht beitragsgedeckt einstuft, beträgt die Unterdeckung bis zu 40 Mrd Euro. **Eine Erhöhung des Bundeszuschusses in diesen Größenordnungen würde den Beitragssatz dauerhaft um 0,2 bis 2,5 Prozentpunkte senken**, ↘ ABBILDUNG 96 den langfristigen Anstieg des Beitragssatzes insgesamt jedoch nur geringfügig dämpfen. Gleichzeitig wäre ein höherer Bundeszuschuss ohne entsprechende, je nach Umfang der NBL unter Umständen substanzielle Anpassungen im Bundeshaushalt nicht finanzierbar.

In jedem Fall sollte eine **Dynamisierung** des Bundeszuschusses vorgenommen werden, damit sein Anteil an den Gesamteinnahmen nicht sinkt. ↘ ABBILDUNG 87 Insbesondere sollte der Bundeszuschuss nicht zur Konsolidierung des Bundeshaushalts abgesenkt werden. Zudem sollte der Bund zeitnah zumindest die für Grundsicherungsgeldbeziehende gezahlte Pauschale von aktuell 133 Euro auf 221 Euro erhöhen, entsprechend dem Beitrag bei einem Arbeitsentgelt mit Nettoeinkommen in Höhe des durchschnittlichen Grundsicherungsgelds. Dies würde zu **Mehreinnahmen der GKV von** mindestens **4,2 Mrd Euro** führen und den Beitragssatz um knapp 0,2 Prozentpunkte senken. ↘ KASTEN 26

496. Eine der größten als nicht beitragsgedeckt einstufbaren Leistungen ist die **beitragsfreie Mitversicherung von Ehepartnern**, die nicht selbst oder nur geringfügig erwerbstätig sind. Die Leistungsausgaben für beitragsfrei mitversicherte Ehepartner beliefen sich für das Jahr 2023 gemäß Schätzungen von Albrecht und Ochmann (2025) auf rund 11,4 Mrd Euro. Im Vergleich zur beitragsfreien Mitversicherung von Kindern lässt sich diese nicht immer durch die Erwartung späterer Beiträge zur Umlagefinanzierung der GKV rechtfertigen. Eine Ausnahme könnte die beitragsfreie Mitversicherung von Ehepartnern bilden, die Kindererziehung übernehmen. Berechnungen auf Basis des SOEP zeigen, dass lediglich ein Drittel der Ehepaare mit einem beitragsfrei mitversicherten Ehepartner ein Kind unter 18 Jahren hat. **Von der beitragsfreien Mitversicherung profitieren somit in nennenswertem Umfang Ehepartner, die keine Kinder erziehen.** Sie begünstigt Alleinverdienerhaushalte und verringert die Erwerbsanreize. ↘ KASTEN 32

↘ ABBILDUNG 96

Effekte der Finanzierung der NBL[1] auf den GKV-Beitragssatz



1 – Effekte einer Finanzierung der nicht beitragsgedeckten Leistungen (NBL) durch den Bundeshaushalt. 2 – Entwicklung nach geltendem Recht bei regelbasierter Fortschreibung der Bundesmittel, erwarteter demografischer Entwicklung und unter Fortschreibung des MTF mit moderater Dynamik. 3 – Die enge Abgrenzung umfasst die „begründbar“ nicht beitragsgedeckten Leistungen (siehe Tabelle 25) exklusive der Förderlücke bei den Krankenhausinvestitionen. 4 – Die weite Abgrenzung umfasst die „begründbar“ und „teilweise begründbar“ nicht beitragsgedeckten Leistungen (siehe Tabelle 25) exklusive der Förderlücke bei den Krankenhausinvestitionen.

Quellen: BMG, SIM.24
© Sachverständigenrat | 26-130-01

Daten (CSV) ⭳

↘ KASTEN 32

Hintergrund: Mögliche Erwerbsanreizeffekte durch die Abschaffung der beitragsfreien Mitversicherung in der GKV

Die beitragsfreie Mitversicherung von Ehepartnerinnen und Ehepartnern führt zu einem sprunghaften Anstieg der effektiven Grenzbelastungen für Zweitverdienende, da bereits eine geringfügige Überschreitung der Einkommensgrenze den Wegfall der beitragsfreien Mitversicherung und damit die Pflicht zur Zahlung eigener GKV-Beiträge auslöst. ↘ ZIFFER 353

Mehrere empirische Studien für die USA zeigen, dass eine beitragsfreie Krankenversicherung für verheiratete Frauen negative Effekte auf deren Erwerbsbeteiligung hat. Die Studien beruhen überwiegend auf dem Vergleich von Frauen, deren Ehemänner über eine arbeitgeberfinanzierte Krankenversicherung verfügen, und solchen ohne diesen Zugang. Diese Identifikationsstrategie setzt voraus, dass der Krankenversicherungsschutz des Ehemanns exogen ist. Diese Annahme ist jedoch problematisch, wenn Haushalte eine gemeinsame Arbeitsangebotsentscheidung treffen (Gruber und Madrian, 2002). Die geschätzten Effekte für die Erwerbsbeteiligung von Frauen reichen von etwa 2,6 % bis zu 12 % (Olson, 1998; Buchmueller und Valletta, 1999; Cebi und Wang, 2013).

Eine Simulationsstudie mit SOEP-Daten aus dem Jahr 2010 von Müller et al. (2013) betrachtet ein hypothetisches Szenario einer aufkommensneutralen Reform für Deutschland. Sie schätzen, dass die Erwerbsquote von Müttern um 1,1 Prozentpunkte zunehmen würde, wenn alle bisher beitragsfrei mitversicherten Ehepartner einen monatlichen Beitrag in Höhe von 132,15 Euro (182,85 Euro in Preisen des Jahres 2025) entrichten müssten. Allerdings müssten vor allem Paare mit vielen und jüngeren Kindern Einkommensverluste hinnehmen, da unter diesen Familien häufiger Alleinverdiener-Paare zu finden sind, bei denen der Zweitverdie-

nende sein Arbeitsangebot nur begrenzt ausweiten kann. ↘ TABELLE 26 Es wäre daher sinnvoll, die beitragsfreie Mitversicherung für kindererziehende Ehepartner beizubehalten.

↘ TABELLE 26

Änderung der Erwerbsquote von Müttern und des Haushaltseinkommens im Szenario[1]: „Wegfall der beitragsfreien Mitversicherung in der GKV“

	Änderung der Erwerbsquote von Müttern	Änderung der durchschnittlichen Arbeitsstunden von Müttern	Änderung des verfügbaren Haushaltsnetto-einkommens[2]
	Prozentpunkte	absolut (%)	Euro/Monat in Preisen des Jahres 2025[3]
Gesamt	1,1	1,4 Stunden (3,9 %)	23,5
Familie mit 1 Kind[4]	0,9	0,4 Stunden (3,3 %)	30,4
Familie mit 2 Kindern[4]	1,3	0,5 Stunden (4,4 %)	16,6
Familie mit 3 Kindern[4]	1,4	0,5 Stunden (6,5 %)	– 4,2
Jüngstes Kind < 1 Jahr	0,4	0,2 Stunden (7,2 %)	– 29,1
Jüngstes Kind ≥ 1 Jahr und < 2 Jahre	1,6	1,2 Stunden (5,7 %)	9,7
Jüngstes Kind ≥ 2 und < 3 Jahre	1,3	1,4 Stunden (3,8 %)	20,8
Alleinerziehende	0,2	0,3 Stunden (0,8 %)	15,2
Einkommen: 1. Quartil	0,1	0,3 Stunden (0,7 %)	6,9
Einkommen: 2. Quartil	1,2	1,4 Stunden (4,7 %)	8,3
Einkommen: 3. Quartil	1,7	2,3 Stunden (6,5 %)	24,9
Einkommen: 4. Quartil	1,4	1,4 Stunden (3,8 %)	15,2

1 – Alle bisher beitragsfrei mitversicherten Ehepartnerinnen und Ehepartner müssen einen monatlichen GKV-Beitrag in Höhe von 132,15 Euro im Jahr 2010 (182,85 Euro in Preisen des Jahres 2025) bezahlen. Basierend auf dem Steuer-Transfermodell STMS des DIW, Datenbasis SOEP 2010 und FiD 2010. 2 – Erwartungswert der Einkommensänderungen nach Anpassung von Beschäftigung und Betreuungsform. 3 – Inflationsbereinigung anhand des Verbraucherpreisindex nach Berechnungen des Sachverständigenrates. 4 – Kinder unter zwölf Jahren, es können weitere ältere Kinder im Haushalt leben.

Quellen: Müller et al. (2013), Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-082-01

Daten (XLSX)

497. **Durch die Erhebung von Beiträgen für bisher beitragsfrei mitversicherte Ehepartnerinnen und Ehepartner könnte die GKV entlastet und Erwerbsanreize für Zweitverdienende erhöht werden.** Um zu vermeiden, dass Paare belastet werden, die aufgrund von Kindererziehung ihr Arbeitsangebot kaum ausweiten können, ↘ KASTEN 32 erscheint eine Fortführung der beitragsfreien Mitversicherung während der ersten Jahre der Kindererziehung als sinnvoll. Für aktuell beitragsfrei mitversicherte Ehepartnerinnen und Ehepartner, die keine Kinder erziehen, müsste ein angemessener Beitrag definiert werden. So könnte, ähnlich wie bei der freiwilligen Versicherung in der GKV, ein Mindestbeitrag festgelegt werden. Für freiwillig GKV-Versicherte ist dies im Jahr 2026 mit durchschnittlich 222,80 Euro der Beitrag, der auf ein fiktives monatliches Einkommen von 1 318,33 Euro anfallen würde (BMG, 2026f). Die FKG schätzt die möglichen Mehreinnahmen durch die Erhebung eines Mindestbeitrags für Ehepaare ohne Kinder unter sechs Jahren bei Ausnahme von Ehepartnerinnen und Ehepartner über der Regelaltersgrenze auf bis zu 4,4 Mrd Euro

(FKG, 2026). Allerdings ist zu berücksichtigen, dass sich die tatsächlichen Mehreinnahmen der GKV ändern, wenn die Beitragserhebung die erwünschten positiven Erwerbsanreizeffekte entfaltet. Bei Aufnahme einer Beschäftigung durch die bisher beitragsfreien Ehepartnerinnen oder Ehepartner würde der Mindestbeitrag entfallen, gleichzeitig würden jedoch zusätzliche Beitrags- und Steuereinnahmen generiert. Der positive Effekt könnte dadurch begrenzt werden, dass bereits die Aufnahme eines Midijobs knapp über der Minijobgrenze für den Wegfall des Mindestbeitrags ausreichen würde (Breyer, 2025).

498. Im Entwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes wird eine Begrenzung der beitragsfreien Mitversicherung auf Ehepartnerinnen und Ehepartner mit Kindern bis zum vollendeten 7. Lebensjahr, mit Kindern mit Behinderungen, mit zu pflegenden Angehörigen sowie nach Erreichen der Regelaltersgrenze vorgeschlagen (Bundesregierung, 2026). In anderen Fällen sollen Mitglieder mit derzeit beitragsfrei mitversicherten Ehepartnerinnen und Ehepartnern einen Beitragszuschlag in Höhe von 2,5 % der beitragspflichtigen Einnahmen zahlen. Der zu zahlende Betrag ist dadurch stets deutlich niedriger als der Mindestbeitrag für freiwillig GKV-Versicherte und führt zu geringeren Einnahmen als von der FKG veranschlagt. Aufgrund der niedrigen Beiträge ist zudem fraglich, ob die Erwerbsanreize für Zweitverdienende durch die Beitragserhebung signifikant erhöht werden.

Ausweitung der Bemessungsgrundlage oder des versicherten Personenkreises

499. Die Einnahmen der GKV ließen sich zudem durch eine Ausweitung der Bemessungsgrundlage, entweder durch Anhebung der BBG oder durch den Einbezug weiterer Einkommensarten, vergrößern. Eine **Erhöhung der BBG auf das Niveau der JAEG** (von 69 750 auf 77 400 Euro jährlich) würde Versicherte ohne Versicherungsfreiheit mit Einkommen über der aktuellen BBG stärker in die Finanzierung der GKV einbeziehen. Gleichzeitig würden für Versicherte mit Versicherungsfreiheit und Einkommen über der aktuellen BBG Anreize zum Wechsel in die PKV steigen. Dies könnte die zusätzlichen Einnahmen der GKV dämpfen. Im Entwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes wird eine einmalige, außerordentliche Erhöhung der BBG um 3 600 Euro vorgeschlagen. Gleichzeitig soll die JAEG um 3 600 Euro erhöht werden, um Wechsel in die PKV zu begrenzen. Eine deutlichere Anhebung oder vollständige Abschaffung der BBG könnte verfassungsrechtliche Konflikte aufwerfen (Deutscher Bundestag, 2021b). So gilt in der GKV im Gegensatz zur GRV nicht das Äquivalenzprinzip. Einer Erhöhung des individuellen Beitrags stehen damit nicht höhere Leistungen gegenüber, sodass sich der steuerähnliche Charakter der GKV-Finanzierung weiter verstärken würde. ↘ ZIFFER 448 Um Ausweichreaktionen in die PKV abzufangen, müsste sowohl bei einer Anhebung der BBG als auch bei der Einbeziehung weiterer Einkommensarten auch die JAEG angepasst werden (Deutscher Bundestag, 2010). Dies ist aus den genannten Gründen systemlogisch konsequent, wirft jedoch ebenfalls verfassungsrechtliche Fragen auf. ↘ ZIFFER 501

Eine Ausweitung der Bemessungsgrundlage in der GKV um **weitere Einkommenskomponenten** wie Zinsen, Dividenden oder Mieteinnahmen würde die

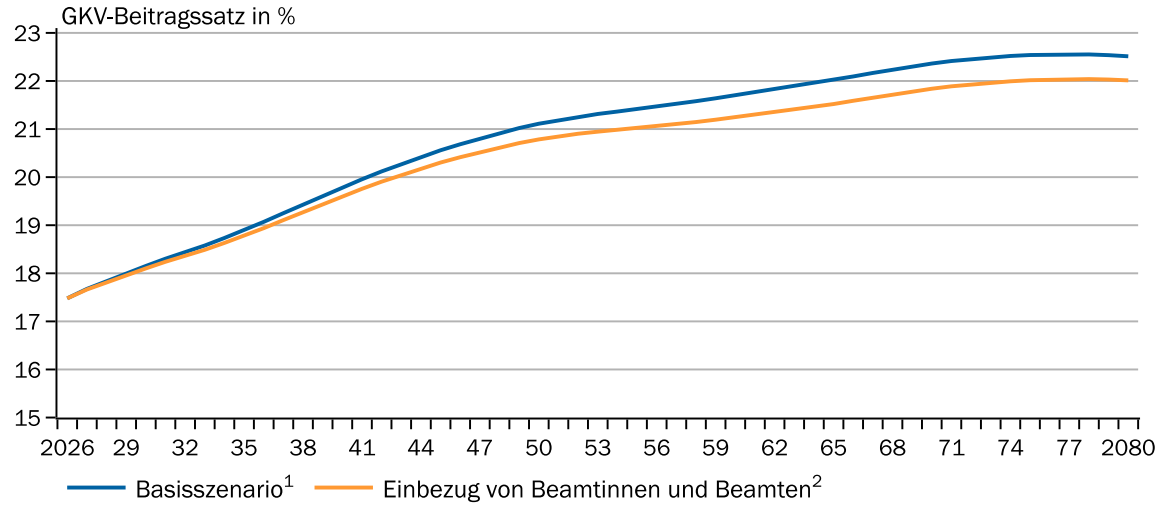
Finanzierungsbasis formal verbreitern. Sie beträfe jedoch nur Pflichtversicherte, da bei freiwillig Versicherten aktuell bereits alle Einkommensarten bis zur BBG einbezogen werden. Nach Berechnungen von Steuernagel und Thum (2023) auf Basis des Jahres 2019 würden die beitragspflichtigen Einkommen um höchstens 2,5 % steigen, was die Einnahmen der GKV um 4,2 Mrd Euro erhöht hätte. Aufgrund von administrativen Kosten sowie Ausweichreaktionen, insbesondere Wechsel in die PKV bei Überschreiten der JAEG, dürfte der Nettoeffekt noch geringer ausfallen. Eine Ausweitung auf Kapitaleinkünfte würde zudem die Anreize zur Erzielung von Kapitaleinkünften senken. Ein Einbezug weiterer Einkommensarten erscheint daher nicht als sinnvoll.

500. Die Einbeziehung (von Teilen) der Privatversicherten in die GKV, etwa durch die Anhebung der JAEG oder durch die Überführung der Beamtinnen und Beamten in die GKV, hätte ebenfalls positive einnahmenseitige Effekte. Aufgrund der einkommens- und risikobezogenen Selektion in die PKV stünden deutlich höhere beitragspflichtige Einkommen der Privatversicherten ihren knapp höheren Leistungsausgaben gegenüber, die sich aus der ungünstigeren Altersstruktur ergeben. ↘ TABELLE 27 ANHANG Bei einem hypothetischen **Einbezug aller Privatversicherten in die GKV** ergäbe sich nach Schätzungen von Ochmann et al. (2020) für das Referenzjahr 2016 ein positiver Nettofinanzüberschuss von bis zu 10,6 Mrd Euro pro Jahr, was seinerzeit einer Absenkung des ausgabendeckenden Beitragssatzes um maximal 0,7 Beitragssatzpunkte entsprochen hätte. Wenn jedoch gleichzeitig das Vergütungsvolumen in der ambulanten Versorgung so angepasst worden wäre, dass die bisherigen Ausgaben der PKV zusätzlich von der GKV erbracht werden, hätte der Nettofinanzüberschuss maximal 4,3 Mrd Euro pro Jahr betragen und nur eine Senkung des ausgabendeckenden Beitragssatzes um maximal 0,3 Punkte ermöglicht (Ochmann et al., 2020).

Als Reformszenario erscheint eine **Einbeziehung von Beamtinnen und Beamten** in die GKV als möglich. Simulationen des Sachverständigenrates ergeben, dass ein Einbezug aller neu Verbeamteten den Beitragssatz im Zeitverlauf graduell senken kann. ↘ ABBILDUNG 97 Im Jahr 2030 würde dies den Beitragssatz um 0,05 Prozentpunkte reduzieren, im Jahr 2040 um 0,19 Prozentpunkte. Wie eine Simulation der Effekte des Einbezugs von Beamtinnen und Beamten in GKV und Sozialer Pflegeversicherung (SPV) für deren Finanzen und für die staatlichen Beihilfeausgaben zeigt, würde dies die öffentlichen Haushalte während einer langen, von der Altersstruktur der Beamtinnen und Beamten in den verschiedenen Systemen geprägten Übergangsphase zusätzlich belasten. ↘ ABBILDUNG 99 ANHANG Ochmann et al. (2017) simulieren die finanziellen Effekte einer andersartigen Reform, bei der ab sofort alle Beamtinnen und Beamte derselben Versicherungspflicht in der GKV bis zur JAEG unterworfen werden wie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. In diesem Reformszenario wären 88 % der Beamtinnen und Beamten in der GKV versichert. Dies würde ebenfalls Mehreinnahmen für die GKV generieren und zugleich Nettoentlastungen für die öffentlichen Haushalte und die Beamtinnen und Beamten erzeugen. Als weiterer Reformvorschlag wird die Einführung einer pauschalen Beihilfe nach dem Vorbild einiger Länder diskutiert, bei der der Dienstherr einen Zuschuss in Höhe des Arbeitgeberanteils zum GKV-Beitrag leistet (Deutscher Bundestag, 2025b). Dies würde es den Beamtinnen und Beamten ermöglichen, sich ohne finanzielle Nachteile gegenüber PKV-Verträgen in der GKV zu versichern.

↘ ABBILDUNG 97

Effekte des Einbezugs von Beamtinnen und Beamten auf den GKV-Beitragssatz



1 – Entwicklung nach geltendem Recht bei regelbasierter Fortschreibung der Bundesmittel, erwarteter demografischer Entwicklung und unter Fortschreibung des MTF mit moderater Dynamik. 2 – Einbezug von ab dem Jahr 2027 neu verbeamteten Personen in die GKV.

Quellen: BMG, SIM.24
© Sachverständigenrat | 26-132-01

Daten (CSV)

501. **Reformen, die zu einer vollständigen Abschaffung der PKV führen würden, stünden vor erheblichen rechtlichen Hürden**, insbesondere hinsichtlich der Verwendung der gebildeten Kapitalrücklagen (Deutscher Bundestag, 2010). Eine einheitliche Versicherungspflicht zu einem bestimmten Stichtag nach dem Vorbild der Niederlande, die ihr duales Krankenversicherungssystem zum Jahr 2006 vereinheitlichte, erscheint daher nicht als umsetzbar (Greß und Lüngen, 2017). Stattdessen werden verschiedene Übergangslösungen durch eine allgemeine Versicherungspflicht in der GKV mit einem Bestandsschutz für Altverträge der PKV und einer Wechselmöglichkeit in die GKV vorgeschlagen (Rothgang und Götze, 2013; Greß und Lüngen, 2017). Als Folge würden die Tarife bestehender PKV-Mitglieder ohne Neuzugänge stark altern. Probleme bereiten dabei jedoch regelmäßig die Fragen, welche Rolle die gebildeten Alterungsrückstellungen dabei spielen können und ob der Gesundheitsfonds der GKV Zugriff darauf erhalten darf. In jedem Fall würde die heutige Teilkapitaldeckung zukünftiger Gesundheitskosten damit abgewickelt. Anstelle einer Versicherungspflicht in der GKV bestehen weitere Möglichkeiten zur Stärkung der Wahl- und Wechselrechte zwischen GKV und PKV (Kingreen, 2025).

ANHANG

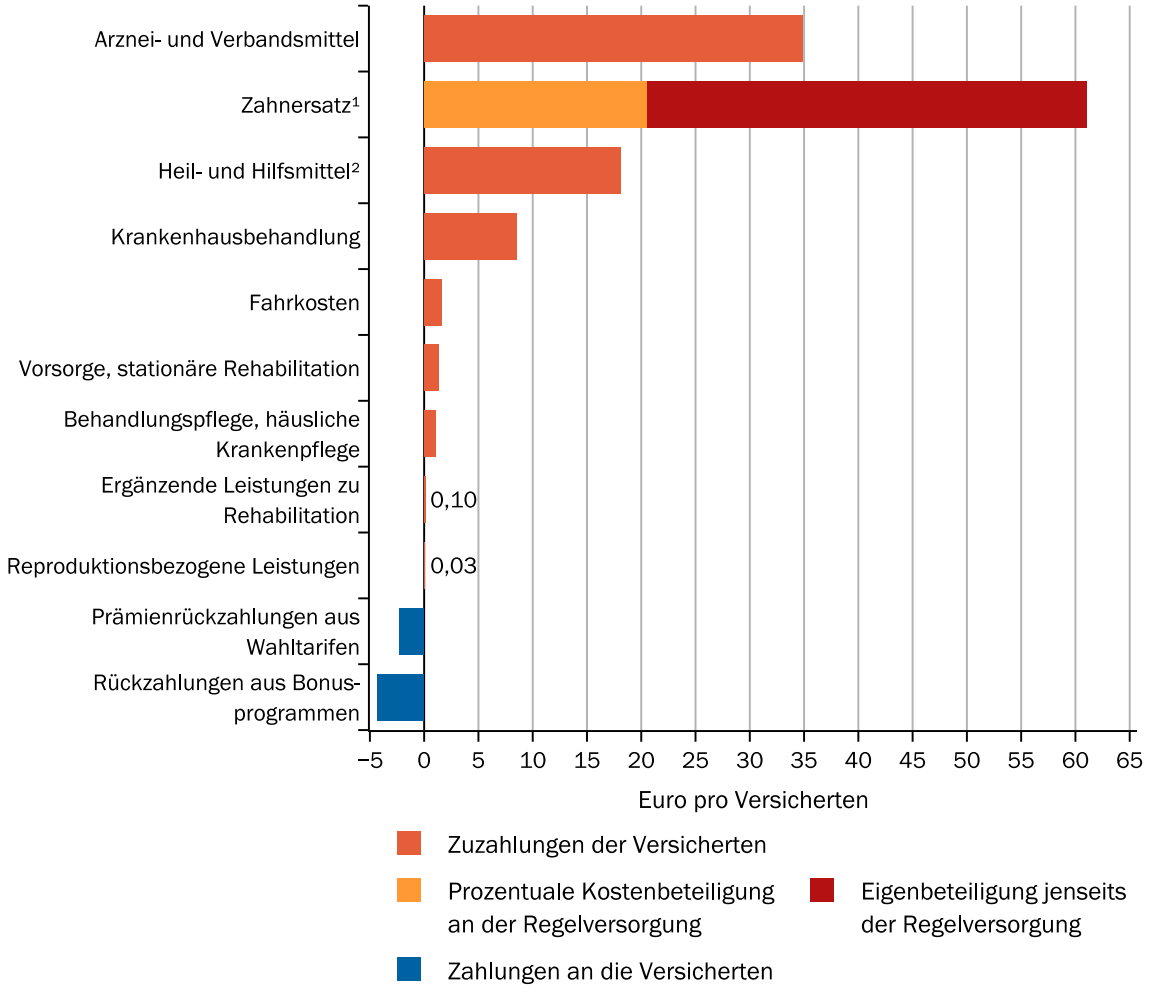
1. Kostenbeteiligungen

502. In der GKV werden Kostenbeteiligungen hauptsächlich in Form von Zuzahlungen erhoben. ↘ ZIFFER 437 Eine Ausnahme bildet das Festzuschusssystem beim Zahnersatz. Für Zahnersatz gewährt die GKV, abhängig vom Vorsorgeverhalten der Versicherten, befundbezogene Festzuschüsse in Höhe von 60 bis 75 % der Durchschnittskosten der Regelversorgung. Der verbleibende Anteil an diesen Kosten sowie Mehrkosten bei der Wahl höherwertiger Leistungen sind von den Versicherten zu tragen und lagen im Jahr 2024 durchschnittlich bei 61 Euro je

↘ ABBILDUNG 98

Kostenbeteiligungen in der GKV nach Leistungsbereichen im Jahr 2024

Durchschnittlicher Betrag pro versicherter Person



1 – Beim Zahnersatz entspricht die prozentuale Kostenbeteiligung an der Regelversorgung der Differenz zwischen dem Festzuschuss der GKV zur Regelversorgung und den Kosten der Leistung. Das Festzuschusssystem beim Zahnersatz wirkt als Teilversicherung, die Eigenbeteiligungen zur Regelversorgung werden daher formal nicht als Zuzahlungen geführt. 2 – Heilmittel sind nichtärztliche therapeutische Leistungen wie etwa Physiotherapie. Hilfsmittel sind sächliche medizinische Produkte wie zum Beispiel Rollstühle.

Quellen: BMG, KZBV, eigene Berechnungen
© Sachverständigenrat | 26-108-01

Daten (CSV)

Versicherten. ↘ABBILDUNG 98 Insgesamt werden so zwei Drittel der Kosten für Zahnersatz privat getragen. Die Kostenbeteiligung an der Regelversorgung unterliegt nicht der Belastungsgrenze, lediglich für Versicherte unterhalb definierter Einkommensgrenzen (1 582 Euro Bruttoeinkommen bei Alleinstehenden im Jahr 2026) werden die Kosten der Regelversorgung auf Antrag vollständig übernommen.

503. Wahltarife mit Selbstbehalten, Beitragsrückerstattungen oder Leistungsbeschränkungen sind ein weiteres Instrument der Kostenbeteiligung in der GKV. Trotz Erstattungsmöglichkeiten von bis zu 600 Euro jährlich nutzten im Jahr 2024 lediglich 1 % der GKV-Versicherten Tarife mit Selbstbehalten oder Beitragsrückerstattungen (BMG, 2026g), wodurch es nur zu geringen Zahlungen der Krankenkassen an die Versicherten kam. ↘ABBILDUNG 98 In der PKV ist die Kostenbeteiligung durch solche Instrumente deutlich höher. Selbstbehalte können dort bei Vertragsabschluss absolut oder prozentual gewählt werden und sind auf 9 000 Euro jährlich begrenzt. Sie lagen im Jahr 2026 durchschnittlich bei 575 Euro (PKV-Verband, 2026c). Im Jahr 2023 zahlte die PKV Beitragsrückerstattungen in Höhe von 3,1 % der Einnahmen an die Versicherten aus (PKV-Verband, 2025).

2. Elektronische Patientenakte – Potenzial und Hürden

504. Ein wichtiger Baustein für die Digitalisierung im Gesundheitswesen ist die einheitliche ePA, die seit dem Jahr 2025 für Leistungserbringer verpflichtend ist. Durch die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und eine effizientere sektorenübergreifende Kommunikation zwischen Leistungserbringern bietet die ePA erhebliches Einsparpotenzial (Haas, 2017). Internationale Studien zur Einführung einer ePA zeigen, dass diese die Produktivität im Gesundheitswesen steigern, die Durchschnittskosten von Krankenhäusern um bis zu 12 % senken und Dokumentationszeiten langfristig signifikant reduzieren kann (Campanella et al., 2016; Highfill, 2020).

505. Die realisierten Einsparungen hängen maßgeblich von der flächendeckenden Nutzung der ePA ab. Um diese zu begünstigen, wurde die ePA mit einer Opt-out-Regelung eingeführt, bei der GKV-Versicherte automatisch einbezogen werden und einer Teilnahme aktiv widersprechen müssen. Für Privatversicherte besteht eine solche Regelung bislang nicht (SVR Gesundheit & Pflege, 2024). Die Zahl der Nutzerinnen und Nutzer, die die ePA aktiv verwenden, lag im Februar 2026 jedoch bei nur 4 Millionen (4,8 %) Versicherten (BMG, 2026e). Dies ist durch Hürden in der digitalen Nutzung für die Versicherten sowie einer schleichenden Annahme durch die Arztpraxen begründet (vzbv, 2026).

506. Diese Umsetzungsschwierigkeiten deuten auf tieferliegende Probleme der Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen hin. Die mangelnde Bedienungsfreundlichkeit bei digitalen Angeboten von Behörden ist in Deutschland ein grundsätzliches Problem (Initiative D21 und TUM, 2024). Ebenso haben die Vielzahl der beteiligten Akteure sowie das Fehlen einer übergreifenden Koordinationsinstanz und messbarer Zielvorgaben die Digitalisierung des Gesundheits-

wesens bisher verzögert (Caumanns, 2019; Bratan et al., 2022; BRH, 2025). Solange diese Defizite fortbestehen, dürfte das Einsparpotenzial der ePA weitgehend ungenutzt bleiben (SVR Gesundheit & Pflege, 2025).

Auch die Nutzung der ePA-Daten für Forschungszwecke bleibt aufgrund rechtlich-technischer Hürden bislang hinter ihrem Potenzial zurück (SVR Gesundheit & Pflege, 2025). Dabei könnten bevölkerungsweite Gesundheitsdaten erhebliche Fortschritte ermöglichen, etwa bei der Früherkennung von Krankheiten oder in der Versorgungsforschung (SVR Gesundheit, 2021).

507. Internationale Erfahrungen zeigen, welche Maßnahmen eine erfolgreiche Nutzung der ePA ermöglichen. Dänemark kombiniert finanzielle Anreize für Ärztinnen und Ärzte mit einer automatischen Integration der ePA in Arztpraxissysteme, einer einheitlichen Registrierung über ein nationales Portal und transparentem Datenzugriff für Patientinnen und Patienten, wodurch eine vollständige Adoption durch Ärztinnen und Ärzte erreicht wurde (Commonwealth Fund, 2010; Jensen und Thorseng, 2017; Dewing et al., 2018). In Estland ist die ePA Teil eines verpflichtenden elektronischen Informationssystems, das weitere Funktionen wie etwa e-Rezepte und e-Abrechnungen umfasst und von nahezu allen Ärztinnen und Ärzten genutzt wird (Metsallik et al., 2019).

3. Zusätzliche Tabellen und Abbildungen

↘ TABELLE 27

Sozioökonomische Charakteristika nach Krankenversicherungstyp

	Einheit	GKV	PKV	Differenz
		%		Prozentpunkte
Demografische Zusammensetzung				
Alter	Jahre	51,1	55,5	4,3
Frauen	%	53,0	39,4	– 13,6
Kinder unter 14 Jahren im Haushalt	%	17,8	19,0	1,2
Hohe Bildung[1]	%	29,3	62,2	32,9
Erwerbsstruktur				
Erwerbstätig[2]	%	64,6	62,2	– 2,5
Beamtinnen und Beamte[2]	%	0,7	44,4	43,7
Selbständige[2]	%	6,4	26,5	20,1
Angestellte[2]	%	73,4	25,8	– 47,6
Arbeiterinnen und Arbeiter[2,3]	%	19,5	3,3	– 16,2
Arbeitslos	%	3,8	0,4	– 3,5
Rentnerinnen und Rentner	%	21,4	28,6	7,2
Nicht erwerbstätig	%	8,2	6,1	– 2,2
Haushaltsnettoeinkommen pro Kopf[4]	Euro	27 501	45 162	17 661
Gesundheitszustand				
Gute Gesundheit[5]	%	45,0	54,4	9,4
Chronisch krank	%	46,9	42,4	– 4,4
Arztbesuch in den letzten 3 Monaten	Anzahl	2,5	2,5	– 0,0
Krankenhausnächte im Vorjahr	Anzahl	1,2	0,8	– 0,3
Body-Mass-Index[6]		26,7	25,6	– 1,0
Raucherinnen und Raucher	%	23,8	14,7	– 9,1

1 – Tertiäre Bildung nach ISCED-2011. 2 – Beamtinnen und Beamte, Selbständige, Arbeiterinnen und Arbeiter, Angestellte anteilig an den erwerbstätigen Versicherten. 3 – Inkl. Auszubildende, Praktikantinnen und Praktikanten. 4 – Äquivalenzgewichtet gemäß der modifizierten OECD-Skala. 5 – Selbstangabe, einen „sehr guten“ oder „guten“ Gesundheitszustand zu haben. 6 – Körpergewicht (kg)/quadrierte Körpergröße (m^2); Maß zur Einordnung von Übergewicht (≥ 25).

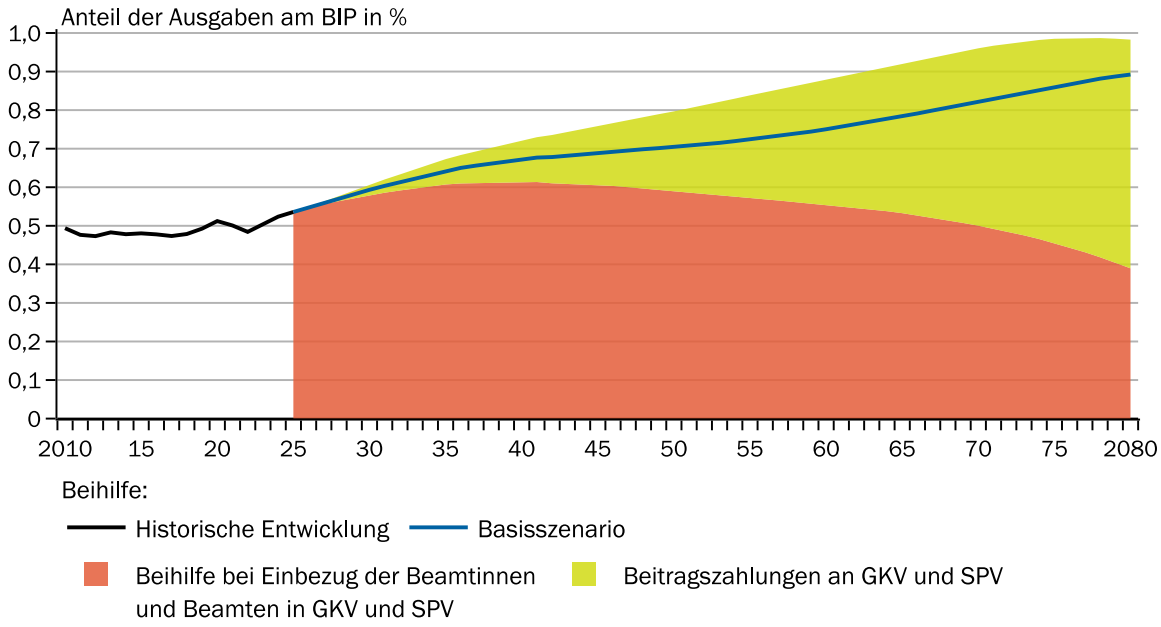
Quellen: SOEP v40.1, eigene Berechnungen

© Sachverständigenrat | 26-067-02

Daten (XLSX)

↘ ABBILDUNG 99

Effekt des Einbezugs von Beamtinnen und Beamten[1] in GKV und SPV auf die Ausgaben der öffentlichen Haushalte



1 – Einbezug von ab dem Jahr 2027 neu verbeamteten Personen in die GKV und die SPV.

Quellen: BMG, SIM.24
© Sachverständigenrat | 26-133-01

Daten (CSV)

LITERATUR

Albrecht, M. und R. Ochmann (2025), Versicherungsfremde Leistungen in der GKV: Systematische Darstellung und Bewertung vorliegender Ansätze zur Abgrenzung versicherungsfremder Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), Ergebnisbericht für das Institut für Makroökonomie und Konjunkturforschung (IMK), IGES Institut, Berlin.

Allcott, H., B.B. Lockwood und D. Taubinsky (2019), Regressive sin taxes, with an application to the optimal soda tax, Quarterly Journal of Economics 134 (3), 1557–1626.

AOK (2025), AOK PLUS fordert Paradigmenwechsel im Gesundheitssystem: Public-Health-Index der AOK zeigt: Deutschland muss mehr Prävention wagen, Pressemitteilung, Dresden, 4. Dezember.

Arabadzhyan, A., R. Santos und L. Siciliani (2025), The effect of waiting times on health outcomes for coronary bypass and angioplasty, Journal of Economic Behavior & Organization 240, 107150.

Aron-Dine, A., L. Einav und A. Finkelstein (2013), The RAND Health Insurance Experiment, three decades later, Journal of Economic Perspectives 27 (1), 197–222.

Aron-Dine, A., L. Einav, A. Finkelstein und M. Cullen (2015), Moral hazard in health insurance: Do dynamic incentives matter?, Review of Economics and Statistics 97 (4), 725–741.

Augurzky, B., T.K. Bauer und S. Schaffner (2006), Copayments in the German health system – Do they work?, RWI Discussion Paper 43, RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen.

Augurzky, B. und C. Karagiannidis (2026), Die Krankenhausstrukturen zukunftsfest machen!, RWI Impact Notes, RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen.

Augurzky, B., A.R. Reichert, C.M. Schmidt und A. Wübker (2026), Participation in a bonus program for preventive behavior and its association with health care expenditures, Empirica 53 (1), 231–252.

Augurzky, B., S. Weiler und A. Pilny (2024), Krankenhaus Rating Report 2024: Wirtschaftliche Lage deutscher Krankenhäuser hat sich 2022 erneut verschlechtert, Pressemitteilung, RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen, 27. Juni.

Bandy, L.K., P. Scarborough, R.A. Harrington, M. Rayner und S.A. Jebb (2020), Reductions in sugar sales from soft drinks in the UK from 2015 to 2018, BMC Medicine 18 (1), 20.

BAS (2026a), Krankenhauszukunftsfonds, Bundesamt für Soziale Sicherung, https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/krankenhauszukunftsfonds-1/, abgerufen am 31.3.2026.

BAS (2026b), Transformationsfonds, Bundesamt für Soziale Sicherung, https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/transformationsfo/ueberblick, abgerufen am 31.3.2026.

Berndt, B., M. Müller, I. Urukova, R. Böttcher und R. Müller (2025), Analyse zu Präventionsanreizen im reformierten Risikostrukturausgleich, WIG2-Gutachten im Auftrag der Interessensgemeinschaft Betriebliche Krankenversicherung, Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung, Leipzig.

Berndt, B., I. Urukova, R. Böttcher, L. Wedekind und T. Höpfner (2024), Identifikation versicherungsfremder Leistungen und Quantifizierung der damit verbundenen Ausgabenanteile am GKV-Beitragssatz, WIG2-Expertise im Auftrag der IKK gesund plus, Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung, Leipzig.

BfArM (2026), Arzneimittel-Festbeträge, Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Bonn und Köln.

BfR (2023), Süßungsmittel: Mehrheit der Studien bestätigt keine Gesundheitsbeeinträchtigung – allerdings ist die Studienlage unzureichend, BfR-Stellungnahme 004/2023 vom 07. Februar 2023 (Bewertungsstand 23. September 2019), Bundesinstitut für Risikobewertung, Berlin.

Blanco-Moreno, Á., R.M. Urbanos-Garrido und I.J. Thuissard-Vasallo (2013), Public healthcare expenditure in Spain: Measuring the impact of driving factors, Health Policy 111 (1), 34–42.

Blümel, M., A. Spranger, K. Achstetter, A. Maresso und R. Busse (2020), Germany: Health system review, Health Systems in Transition 22 (6), European Observatory on Health Systems, Policies, Kopenhagen.

BMG (2026a), Leistungen der (gesetzlichen) Krankenversicherung, Bundesministerium für Gesundheit, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/l/leistungskatalog, abgerufen am 30.3.2026.

BMG (2026b), Versicherungsfremde Leistungen, Bundesministerium für Gesundheit, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/v/versicherungsfremde-leistungen, abgerufen am 31.3.2026.

BMG (2026c), Zuzahlungen der privaten Haushalte in der gesetzlichen Krankenversicherung, Bundesministerium für Gesundheit, https://www.gbe-bund.de/gbe/isgbe.archiv?p_indnr=664&p_archiv_id=7340430&p_sprache=D&p_action=A, abgerufen am 24.4.2026.

BMG (2026d), Finanzergebnisse der GKV, Bundesministerium für Gesundheit, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/finanzergebnisse, abgerufen am 24.4.2026.

BMG (2026e), Gemeinsam Digital 2026: Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.

BMG (2026f), Beiträge, Bundesministerium für Gesundheit, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/beitraege, abgerufen am 24.4.2026.

BMG (2026g), Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung mit Wahltarifen nach § 53 SGB V im Jahresdurchschnitt, Bundesministerium für Gesundheit, https://www.gbe-bund.de/gbe/isgbe.archiv?p_indnr=856&p_archiv_id=7340431&p_sprache=D&p_action=A, abgerufen am 24.4.2026.

BMG (2025a), Zuzahlungsregelungen der gesetzlichen Krankenversicherung, Informationsblatt 223–6, Bundesministerium für Gesundheit, Bonn und Berlin.

BMG (2025b), Verordnung zur Verwaltung des Transformationsfonds im Krankenhausbereich (Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung – KHTFV), Drucksache 64/25, Bundesrat, 7. Februar.

BMG (2024), Referentenentwurf: Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG), Deutscher Bundestag mit Bundesrat, 15. April.

BMLEH (2026a), Nutri-Score, Bundesministerium für Landwirtschaft, Ernährung und Heimat, https://www.bmleh.de/DE/themen/ernaehrung/lebensmittel-kennzeichnung/freiwillige-angaben-und-label/nutri-score/nutri-score_node.html, abgerufen am 24.4.2026.

BMLEH (2026b), Reduktions- und Innovationsstrategie, Bundesministerium für Landwirtschaft, Ernährung und Heimat, https://www.bmleh.de/DE/themen/ernaehrung/gesunde-ernaehrung/reduktionsstrategie/reduktionsstrategie_node.html, abgerufen am 31.3.2026.

Böcken, J. (2019), Mit weniger als der Hälfte der Krankenhäuser wären Patienten in Deutschland besser versorgt, Pressemitteilung, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, 15. Juli.

Böcking, W., U. Ahrens, W. Kirch und M. Milakovic (2005), First results of the introduction of DRGs in Germany and overview of experience from other DRG countries, Journal of Public Health 13 (3), 128–137.

Boyland, E. et al. (2025), Food marketing, eating and health outcomes in children and adults: A systematic review and meta-analysis, British Journal of Nutrition 133 (6), 781–805.

Bratan, T. et al. (2022), E-Health in Deutschland: Entwicklungsperspektiven und internationaler Vergleich, Studie zum deutschen Innovationssystem 12-2022, Fraunhofer ISI im Auftrag der Expertenkommission Forschung und Innovation, Berlin.

Breyer, F. (2025), Gesetzliche Krankenversicherung: Mitversicherung abschaffen?, Wirtschaftsdienst 105 (11), 773.

Breyer, F. (2015), Demographischer Wandel und Gesundheitsausgaben: Theorie, Empirie und Politikimplikationen, Perspektiven der Wirtschaftspolitik 16 (3), 215–230.

Breyer, F. und N. Lorenz (2021), The "red herring" after 20 years: Ageing and health care expenditures, European Journal of Health Economics 22 (5), 661–667.

Breyer, F., N. Lorenz und T. Niebel (2015), Health care expenditures and longevity: Is there a Eubie Blake effect?, European Journal of Health Economics 16 (1), 95–112.

Breyer, F. und V. Ulrich (2000), Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: Eine Regressionsanalyse, Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik 220 (1), 1–17.

BRH (2025), Verwaltungsdigitalisierung: Empfehlungen für die 21. Legislaturperiode, Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages, Bundesrechnungshof, Potsdam.

BRH (2021), Gegenstand und Auskömmlichkeit des Bundeszuschusses an die gesetzliche Krankenversicherung, Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Absatz 2 BHO

über die finanzielle Lage der gesetzlichen Krankenversicherung Gz.: IX 1-2020-0345, Bundesrechnungshof, Potsdam.

Brot-Goldberg, Z.C., A. Chandra, B.R. Handel und J.T. Kolstad (2017), What does a deductible do? The impact of cost-sharing on health care prices, quantities, and spending dynamics, Quarterly Journal of Economics 132 (3), 1261–1318.

Buchmueller, T.C. und R.G. Valletta (1999), The effect of health insurance on married female labor supply, Journal of Human Resources 34 (1), 42–70.

Bundesdrogenbeauftragter (2026), Alkoholkonsum in Deutschland, https://datenportal.bundesdrogenbeauftragter.de/alkohol, abgerufen am 24.4.2026.

Bundesregierung (2026), Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz), Deutscher Bundestag, 16. April.

Bundesregierung (2025), Referentenentwurf: Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformanpassungsgesetz – KHAG), Deutscher Bundestag, 5. August.

Bünnings, C., H. Schmitz, H. Tauchmann und N.R. Ziebarth (2015), How health plan enrollees value prices relative to supplemental benefits and service quality, SOEPpaper on Multidisciplinary Panel Data Research 741, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Berlin.

Busse, R., M. Blümel, F. Knieps und T. Bärnighausen (2017), Statutory health insurance in Germany: A health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition, The Lancet 390 (10097), 882–897.

Büssgen, M. und T. Stargardt (2023), Does health technology assessment compromise access to pharmaceuticals?, European Journal of Health Economics 24 (3), 437–451.

BVA (2018), Sonderbericht zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, Bundesversicherungsamt, Bonn.

Campanella, P. et al. (2016), The impact of electronic health records on healthcare quality: A systematic review and meta-analysis, European Journal of Public Health 26 (1), 60–64.

Caumanns, J. (2019), Zur Diskussion: Stand der Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen, Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 143, 22–29.

Cebi, M. und C. Wang (2013), Employer-provided health insurance and labor supply of married women, Eastern Economic Journal 39 (4), 493–510.

Chaloupka, F.J., K. Straif und M.E. Leon (2011), Effectiveness of tax and price policies in tobacco control, Tobacco Control 20 (3), 235–238.

Chandra, A., E. Flack und Z. Obermeyer (2024), The health costs of cost sharing, Quarterly Journal of Economics 139 (4), 2037–2082.

Chandra, A., J. Gruber und R. McKnight (2010), Patient cost-sharing and hospitalization offsets in the elderly, American Economic Review 100 (1), 193–213.

Chandra, A. und J. Skinner (2012), Technology growth and expenditure growth in health care, Journal of Economic Literature 50 (3), 645–680.

Charlton, K., T. Comerford, N. Deavin und K. Walton (2021), Characteristics of successful primary school-based experiential nutrition programmes: A systematic literature review, Public Health Nutrition 24 (14), 4642–4662.

Chuard, C. und P. Hochuli (2026), Unpacking regional variation in health care: Insights from internal migration in Switzerland, CSS Institut Working Paper 2025/02, CSS Institute for Empirical Health Economics, Luzern.

Cinaroglu, S. und O. Baser (2018), The relationship between medical innovation and health expenditure before and after health reform, Health Policy and Technology 7 (4), 379–387.

Cobiac, L.J. et al. (2024), Impact of the UK soft drinks industry levy on health and health inequalities in children and adolescents in England: An interrupted time series analysis and population health modelling study, PLOS Medicine 21 (3), e1004371.

Commonwealth Fund (2010), 100 Percent of primary care doctors in Denmark use electronic medical records, Pressemitteilung, The Commonwealth Fund, New York, NY, 11. März.

Costantini, S. (2025), How do mental health treatment delays impact long-term mortality?, American Economic Review 115 (5), 1672–1707.

Cylus, J., I. Papanicolas und P.C. Smith (Hrsg.) (2016), Health system efficiency: How to make measurement matter for policy and management, Health policy series 46, European Observatory on Health Systems, Policies sowie Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation, Kopenhagen.

Darzi, A. (2024), Independent investigation of the National Health Service in England, Independent report, Department of Health, Social Care, London.

Dauth, C. (2021), The effects of private versus public health insurance on health and labor market outcomes, IAB-Discussion Paper 3/2021, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg.

De Pietro, C. et al. (2015), Switzerland: Health system review, Health Systems in Transition 17 (4), European Observatory on Health Systems, Policies sowie Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation, Kopenhagen.

Deutscher Bundestag (2025a), Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege – Drucksachen 21/1511, 21/1935, 21/2641, 21/2642 – Anrufung des Vermittlungsausschusses, Drucksache 21/2893, Unterrichtung durch den Bundesrat, 24. November.

Deutscher Bundestag (2025b), Beamte in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Pauschale Beihilfe in einzelnen Bundesländern, WD 8 – 3000 – 046/25, Deutscher Bundestag – Wissenschaftliche Dienste, Berlin.

Deutscher Bundestag (2021a), Dokumentation: Bonusprogramme der gesetzlichen Krankenkassen für gesundheitsbewusstes Verhalten, WD 9 – 3000 – 090/20, Deutscher Bundestag – Wissenschaftliche Dienste, Berlin.

Deutscher Bundestag (2021b), Ausarbeitung: Verfassungsrechtliche Grenzen einer An- oder Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der Einführung einer Bürgerversicherung, Aktualisierung der Ausarbeitung WD 3 – 3000 – 429/10 WD 3 – 3000 – 035/21, Deutscher Bundestag – Wissenschaftliche Dienste, Berlin.

Deutscher Bundestag (2015), Technischer Fortschritt im Gesundheitswesen: Quelle für Kostensteigerungen oder Chance für Kostensenkungen?, Drucksache 18/4283, Bericht des Ausschusses für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung (18. Ausschuss) gemäß § 56a der Geschäftsordnung, Berlin.

Deutscher Bundestag (2010), Ausarbeitung: Verfassungsmäßigkeit einer Bürgerversicherung, WD 3 – 3000 – 486/10, Deutscher Bundestag – Wissenschaftliche Dienste, Berlin.

Deutsches Ärzteblatt (2023), Patienten sollen in ePA ärztliche Abrechnungen überprüfen, https://www.aerzteblatt.de/news/patienten-sollen-in-epa-aerztliche-abrechnungen-ueberpruefen, abgerufen am 24.4.2026.

Dewing, C., T. Jones und S.K. Steffensen (2018), The future of patient data: A Danish perspective, DTU Business Healthcare und Future Agenda, London.

DGE (2023), DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in Kitas, 6. Auflage Auflage, Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Bonn.

Dickson, A., M. Gehrsitz und J. Kemp (2025), Does a spoonful of sugar levy help the calories go down? An analysis of the UK soft drinks industry levy, Review of Economics and Statistics 107 (6), 1754–1763.

DKG (2025), Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2025, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Geschäftsbereich II – Krankenhausfinanzierung und Versorgungsplanung, Berlin.

DKI und BDO (2015), Investitionsfähigkeit der deutschen Krankenhäuser, Deutsches Krankenhausinstitut, BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Köln.

Dlouhý, M. und P. Havlík (2024), Efficiency evaluation of 28 health systems by MCDA and DEA, Health Economics Review 14 (1), 59.

Donaldson, S.I. et al. (2025), Association between exposure to digital alcohol marketing and alcohol use: A systematic review and meta-analysis, The Lancet Public Health 10 (11), e912–e922.

Drösler, S. et al. (2025), Gutachten zu den Wirkungen des Risikostrukturausgleichs im korrigierten Jahresausgleich 2021, Wissenschaftlicher Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesamt für Soziale Sicherung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Bonn.

Effertz, T. (2020), Die volkswirtschaftlichen Kosten von Alkohol- und Tabakkonsum in Deutschland, in: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), DHS Jahrbuch Sucht 2020, Pabst Science Publishers, Lengerich, 225–234.

Effertz, T., S. Engel, F. Verheyen und R. Linder (2016), The costs and consequences of obesity in Germany: A new approach from a prevalence and life-cycle perspective, European Journal of Health Economics 17 (9), 1141–1158.

Effertz, T., F. Verheyen und R. Linder (2017), The costs of hazardous alcohol consumption in Germany, European Journal of Health Economics 18 (6), 703–713.

Eibich, P. und N.R. Ziebarth (2014), Analyzing regional variation in health care utilization using (rich) household microdata, Health Policy 114 (1), 41–53.

Eurostat (2025), Kaufkraftparitäten, Preisniveauindizes sowie nominale und reale Ausgaben nach analytischen Kategorien – basierend auf dem Coicop 1999, https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/product/page/PRC_PPP_IND, abgerufen am 24.4.2026.

Felder, S. und A. Werblow (2008), A physician fee that applies to acute but not to preventive care: Evidence from a German deductible program, Journal of Contextual Economics – Schmollers Jahrbuch 128 (2), 191–212.

Fischbacher, S., F.-W. Dippel und O. Schöffski (2025), Zuckersteuer: Wie lange können wir es uns noch leisten, nichts zu tun?, Aktuelle Ernährungsmedizin 50 (01), 29–35.

FKG (2026), Erster Bericht der FinanzKommission Gesundheit: Empfehlungen zur Stabilisierung des Beitragssatzes zur Gesetzlichen Krankenversicherung ab 2027, FinanzKommission Gesundheit, Berlin.

Fogarty, J. (2010), The demand for beer, wine and spirits: A survey of the literature, Journal of Economic Surveys 24 (3), 428–478.

Fries, J.F. (2002), Aging, natural death, and the compression of morbidity (1980), Bulletin of the World Health Organization 80 (3), 245–250.

Fuchs, A., G. Del Carmen und A.K. Mukon (2018), Long-run impacts of increasing tobacco taxes: Evidence from South Africa, Weltbank, Washington, DC.

Fusco, N., B. Sils, J.S. Graff, K. Kistler und K. Ruiz (2023), Cost-sharing and adherence, clinical outcomes, health care utilization, and costs: A systematic literature review, Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy 29 (1), 4–16.

García-Chávez, C.G., T. Barrientos-Gutierrez, S.W. Ng, J.A. Rivera und M.A. Colchero (2025), Changes in sugar-sweetened beverages and non-essential energy-dense food purchases overall and by type before and after the implementation of taxes in Mexico: Repeated cross-sectional national surveys (2008–2018), BMJ Public Health 3 (1), e001524.

Gerlach, F. und J. Szecsenyi (2020), Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) in Baden-Württemberg, Zusammenfassung der Ergebnisse, Goethe-Universität Frankfurt am Main und Universitätsklinikum Heidelberg, Frankfurt am Main und Heidelberg.

GKV-Spitzenverband (2026a), Die gesetzlichen Krankenkassen, https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/alle_gesetzlichen_krankenkassen/alle_gesetzlichen_krankenkassen.jsp, abgerufen am 30.3.2026.

GKV-Spitzenverband (2026b), Selbstverwaltung, Solidarität und Sachleistung, https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/selbstverwaltung_gkv/gkv_selbstverwaltung_1.jsp, abgerufen am 30.3.2026.

GKV-Spitzenverband (2026c), Gesundheitsförderung und Prävention gesamtgesellschaftlich stärken, Positionspapier, Berlin.

GKV-Spitzenverband (2025), Arbeit und Ergebnisse der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen, Bericht des Vorstands an den Verwaltungsrat gem. §§ 197 Absatz 5 SGB V, 47a SGB XI, Berlin.

GKV-Spitzenverband (2018), Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 02.11.2018 zu den Anträgen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN "Selbstbestimmte Familienplanung ermöglichen" (Drucksache 19/2514) und der Fraktion DIE LINKE "Verhütungsmittel kostenfrei zur Verfügung stellen" (Drucksache 19/2699), Berlin.

Godøy, A., V.F. Haaland, I. Huitfeldt und M. Votruba (2024), Hospital queues, patient health, and labor supply, American Economic Journal: Economic Policy 16 (2), 150–181.

Gréa, C. et al. (2025), Produktmonitoring 2024: Ergebnisbericht, MRI-Bericht, Max Rubner-Institut, Karlsruhe.

Greß, S. und M. Lüngen (2017), Die Einführung einer Bürgerversicherung: Überwindung des ineffizienten Systemwettbewerbs zwischen GKV und PKV, Gesundheits- und Sozialpolitik 71 (3–4), 68–74.

Greß, S. und K. Stegmüller (2014), Stellungnahme zum Entwurf eines Haushaltsbegleitgesetzes 2014 – BT-Drucksache 18/1050, Deutscher Bundestag, Berlin, 4. April.

Gruber, J. und B. Madrian (2002), Health insurance, labor supply, and job mobility: A critical review of the literature, NBER Working Paper 8817, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA.

Haas, P. (2017), Elektronische Patientenakten: Einrichtungsübergreifende Elektronische Patientenakten als Basis für integrierte patientenzentrierte Behandlungsmanagement-Plattformen, Expertise, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.

Häckl, D., I. Weinhold, N. Kossack und C. Schindler (2016), Gutachten zu Anreizen für Prävention im Morbi-RSA, WIG2-Gutachten für den IKK, Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung, Leipzig.

Han, K.-T., W. Kim, A. Song, Y.J. Ju, D.-W. Choi und S. Kim (2021), Is time-to-treatment associated with higher mortality in Korean elderly lung cancer patients?, Health Policy 125 (8), 1047–1053.

Hanewinkel, R. und B. Isensee (2003), Umsetzung, Akzeptanz und Auswirkungen der Tabaksteuererhöhung in Deutschland vom 1. Januar 2002, SUCHT 49 (3), 168–179.

Hengel, P., U. Nimptsch, C. Pioch und R. Busse (2026), Ambulant-sensitive Krankenhausfälle: Ambulantisierungspotenzial für Hybrid-DRGs und AOP-Katalog sowie Trends seit der Corona-Pandemie. Analyse der deutschlandweiten Krankenhausabrechnungsdaten 2018–2023, Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 201, 60–68.

Hentschker, C., G. Goerdt und D. Scheller-Kreinsen (2023), Das Pflegebudget der Krankenhäuser im dritten Jahr der Umsetzung: Analysen und Entwicklungen, in: Klauber, J., J. Wasem, A. Beivers und C. Mostert (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2023: Schwerpunkt: Personal, Springer, Berlin und Heidelberg, 251–264.

Hentschker, C., R. Messerle, J. Schlüter, J. Schmitt und J. Malzahn (2026b), Effekte der Hybrid-DRG-Einführung – eine Analyse auf Basis von AOK-Daten, Monitor Versorgungsforschung (01/26), 73–81.

Hentschker, C., C. Mostert-Brenck und D. Scheller-Kreinsen (2026a), Das Pflegebudget: eine empirische Zwischenbilanz, WIdO e-Paper 6, Wissenschaftliches Institut der AOK, Berlin.

Herbert-Maul, A., K. Abu-Omar, M. Till, T. Fleuren, A.R. Wolff und A.K. Reimers (2023), Präventionsdilemma auf kommunaler Ebene? Einflussfaktoren auf die Teilnahme von Kommunen an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsförderung 18 (3), 327–334.

Highfill, T. (2020), Do hospitals with electronic health records have lower costs? A systematic review and meta-analysis, International Journal of Healthcare Management 13 (1), 65–71.

Hofmann, S.M. und A.M. Mühlenweg (2017), Primary care physicians as gatekeepers in the German healthcare system: Quasi-experimental evidence on coordination of care, quality indicators, and ambulatory costs, American Journal of Medical Research 4 (2), 47–72.

Hoh, C. und I. Honekamp (2010), Co-payment as a solution to the moral hazard problem in the pharmaceutical market?, MPRA Paper 27425, Munich Personal RePEc Archive und Universitätsbibliothek der Ludwig-Maximilians-Universität München, München.

Hullegie, P. und T.J. Klein (2010), The effect of private health insurance on medical care utilization and self-assessed health in Germany, Health Economics 19 (9), 1048–1062.

Hundeshagen, C., H. Rosmann und J. Lindenmeier (2024), The effect of obligatory versus voluntary school food standard implementation on the fulfillment of the school food standard requirements in Germany, NFS Journal 37, 100197.

Initiative D21 und TUM (2024), eGovernment MONITOR 2024: Nutzung und Akzeptanz digitaler Verwaltungsleistungen aus Sicht der Bürger*innen – Die deutschen Bundesländer, Deutschland, Österreich und die Schweiz im Vergleich, Initiative D21 und Technische Universität München, Berlin und München.

Jensen, T.B. und A.A. Thorseng (2017), Building national healthcare infrastructure: The case of the Danish e-health portal, in: Aanestad, M., M. Grisot, O. Hanseth und P. Vassilakopoulou (Hrsg.), Information Infrastructures within European Health Care, Springer, Cham, 209–224.

Jepson, R.G., F.M. Harris, S. Platt und C. Tannahill (2010), The effectiveness of interventions to change six health behaviours: A review of reviews, BMC Public Health 10 (1), 538.

Johansson, N., N. Jakobsson und M. Svensson (2019), Effects of primary care cost-sharing among young adults: Varying impact across income groups and gender, European Journal of Health Economics 20 (8), 1271–1280.

Kaba-Schönstein, L. und H. Kilian (2023), Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung/Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4–i052–3.0.

Kamphuis, B., A.-M. Fontrier, J. Gill, O. Efthymiadou, H. Salyga und P. Kanavos (2021), Access to medicines in Europe: Delays and challenges for patient access, LSE Consulting, London School of Economics, London.

Karran, E.L. et al. (2023), Do health education initiatives assist socioeconomically disadvantaged populations? A systematic review and meta-analyses, BMC Public Health 23 (1), 453.

KH-Regierungskommission (2025), Reform der Investitionskostenfinanzierung für die Krankenhäuser in Deutschland Bestandsinvestitionen und Strukturinvestitionen, Dreizehnte Stellungnahme und Empfehlung, Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, Berlin.

Kiil, A. und K. Houlberg (2014), How does copayment for health care services affect demand, health and redistribution? A systematic review of the empirical evidence from 1990 to 2011, European Journal of Health Economics 15 (8), 813–828.

Kilian, C., P. Rovira, M. Neufeld, J. Manthey und J. Rehm (2022), Potenzielle Auswirkungen erhöhter Alkoholsteuern auf die alkoholbedingte Krankheitslast in Deutschland: Eine Modellierungsstudie, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 65 (6), 668–676.

Kingreen, T. (2025), Eine integrierte Krankenversicherungsordnung: Zu versicherungs- und verfassungsrechtlichen Fragen der Ausgestaltung und Zulässigkeit, Working Paper Forschungsförderung 372, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf.

Klosterhalfen, S. und D. Kotz (2025), Proportionate income spent on nicotine and tobacco products and the use of untaxed cigarettes in Germany: Findings from a cross-sectional survey, BMJ Public Health 3 (2), e003340.

Kroneman, M., J. de Jong, K. Polin und E. Webb (2025), The Netherlands: Health system summary 2024, European Observatory on Health Systems, Policies sowie Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation, Kopenhagen.

Leopoldina (2026), Prävention stärken & neue Therapieansätze nutzen: Wie lässt sich die Adipositas-Epidemie eindämmen?, Leopoldina Fokus 5, Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, Halle (Saale).

Lewis, A.K., K.E. Harding, D.A. Snowdon und N.F. Taylor (2018), Reducing wait time from referral to first visit for community outpatient services may contribute to better health outcomes: A systematic review, BMC Health Services Research 18 (1), 869.

Lindlbauer, I. und J. Schreyögg (2014), The relationship between hospital specialization and hospital efficiency: Do different measures of specialization lead to different results?, Health Care Management Science 17 (4), 365–378.

Manning, W.G., J.P. Newhouse, N. Duan, E.B. Keeler, A. Leibowitz und M.S. Marquis (1987), Health insurance and the demand for medical care: Evidence from a randomized experiment, American Economic Review 77 (3), 251–277.

Manton, K.G. (1982), Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population, The Milbank Memorial Fund Quarterly / Health and Society 60 (2), 183–244.

Marchildon, G.P. et al. (2021), Achieving higher performing primary care through patient registration: A review of twelve high-income countries, Health Policy 125 (12), 1507–1516.

Marino, A. und L. Lorenzoni (2019), The impact of technological advancements on health spending: A literature review, OECD Health Working Paper 113, OECD Publishing, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Paris.

Mason, A. et al. (2019), Drivers of health care expenditure: Final report, CHE Research Paper 169, University of York, Centre for Health Economics, York.

Matjasko, J.L., J.H. Cawley, M.M. Baker-Goering und D.V. Yokum (2016), Applying behavioral economics to public health policy, American Journal of Preventive Medicine 50 (5), S13–S19.

McGuire, T.G. (2000), Physician agency, in: Culyer, A.J. und J.P. Newhouse (Hrsg.), Handbook of Health Economics, Bd. 1A, Elsevier Science, Amsterdam, 461–536.

Messerle, R., F. Hoogestraat und E.-M. Wild (2024), Which factors influence the decision of hospitals to provide procedures on an outpatient basis? Mixed-methods evidence from Germany, Health Policy 150, 105193.

Messerle, R. und J. Schreyögg (2024), Country-level effects of diagnosis-related groups: Evidence from Germany's comprehensive reform of hospital payments, European Journal of Health Economics 25 (6), 1013–1030.

Metsallik, J., P. Ross, D. Draheim und G. Piho (2019), Ten years of the e-health system in Estonia, CEUR Workshop Proceedings 2336.

Milkman, K.L. et al. (2021), A megastudy of text-based nudges encouraging patients to get vaccinated at an upcoming doctor's appointment, Proceedings of the National Academy of Sciences 118 (20), e2101165118.

Müller, K.-U. et al. (2013), Evaluationsmodul: Förderung und Wohlergehen von Kindern, Politikberatung kompakt 73, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Berlin.

Müller, S., D. Piontek, A. Pabst, S.E. Baumeister und L. Kraus (2010), Changes in alcohol consumption and beverage preference among adolescents after the introduction of the alcopops tax in Germany, Addiction 105 (7), 1205–1213.

Murray, C.J. et al. (2020), Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019, The Lancet 396 (10258), 1223–1249.

Neufeld, M. et al. (2022), Impact of introducing a minimum alcohol tax share in retail prices on alcohol-attributable mortality in the WHO European Region: A modelling study, The Lancet Regional Health – Europe 15, 100325.

Nickel, S. und O. von dem Knesebeck (2020), Do multiple community-based interventions on health promotion tackle health inequalities?, International Journal for Equity in Health 19 (1), 157.

Nolting, H.-D. et al. (2011), Faktencheck Gesundheit: Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.

Nomaguchi, T., M. Cunich, B. Zapata-Diomedi und J.L. Veerman (2017), The impact on productivity of a hypothetical tax on sugar-sweetened beverages, Health Policy 121 (6), 715–725.

Nowossadeck, S., E. Nowossadeck, F. Tetzlaff und J. Tetzlaff (2024), Wie hat sich die Lebenserwartung ohne funktionelle Einschränkungen in Deutschland entwickelt? Eine Analyse mit Daten des Deutschen Alterssurveys (DEAS), Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 67 (5), 564–571.

Ochmann, R., M. Albrecht und G. Schiffhorst (2020), Geteilter Krankenversicherungsmarkt: Risikoselektion und regionale Verteilung der Ärzte, IGES-Studie, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.

Ochmann, R., M. Albrecht und G. Schiffhorst (2017), Krankenversicherungspflicht für Beamte und Selbstständige: Teilbericht Beamte, IGES-Studie, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.

OECD (2025), Health at a Glance 2025: Germany, OECD Publishing, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Paris.

OECD und European Observatory (2025), Länderprofil Gesundheit 2025: Deutschland, State of Health in the EU, OECD Publishing, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung sowie European Observatory on Health Systems, Policies, Paris und Brüssel.

Olson, C.A. (1998), A comparison of parametric and semiparametric estimates of the effect of spousal health insurance coverage on weekly hours worked by wives, Journal of Applied Econometrics 13 (5), 543–565.

Pendzialek, J.B., D. Simic und S. Stock (2016), Differences in price elasticities of demand for health insurance: A systematic review, European Journal of Health Economics 17 (1), 5–21.

PKV-Verband (2026a), PKV-Zahlenportal, Verband der Privaten Krankenversicherung, https://www.pkv-zahlenportal.de/werte/2014/2024/12, abgerufen am 11.4.2026.

PKV-Verband (2026b), Nachhaltige Finanzierung in der Privaten Krankenversicherung, Verband der Privaten Krankenversicherung, https://www.pkv.de/wissen/private-krankenversicherung/nachhaltige-finanzierung/, abgerufen am 24.4.2026.

PKV-Verband (2026c), Ausgestaltung und Wirkung von Selbstbehalten, Interne Arbeitsunterlage, Verband der Privaten Krankenversicherung, Köln.

PKV-Verband (2025), Beitragsrückerstattung der privaten Krankenversicherer weiter auf hohem Niveau, Pressemitteilung, Verband der Privaten Krankenversicherung, Köln, 24. Februar.

Plamper, E., G. Klever Deichert und K.W. Lauterbach (2006), Auswirkungen der Tabaksteuererhöhungen in Deutschland auf den Tabakkonsum und Konsequenzen für die Gesundheitspolitik, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 49 (7), 660–664.

Pretnar, N. und M. Feldman (2026), Health sector structural change, American Economic Journal: Macroeconomics, im Erscheinen.

Prudon, R. (2025), Is delayed mental health treatment detrimental to employment?, Review of Economics and Statistics, im Erscheinen, https://doi.org/10.1162/rest.a.257.

Quentin, W., A. Geissler, D. Scheller-Kreinsen und R. Busse (2010), DRG-type hospital payment in Germany: The G-DRG system, Euro Observer 12 (3), 4–7.

Reifferscheid, A., N. Pomorin und J. Wasem (2015), Ausmaß von Rationierung und Überversorgung in der stationären Versorgung: Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage in deutschen Krankenhäusern, Deutsche Medizinische Wochenschrift 140 (13), e129–e135.

Reinhardt, K. (2025), TOP IV: Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), Rede, 129. Deutscher Ärztetag, Leipzig, 30. Mai.

Rogers, N.T. et al. (2023), Associations between trajectories of obesity prevalence in English primary school children and the UK soft drinks industry levy: An interrupted time series analysis of surveillance data, PLOS Medicine 20 (1), e1004160.

Rose, G. (2001), Sick individuals and sick populations, International Journal of Epidemiology 30 (3), 427–432.

Rothgang, H. und R. Götze (2013), Perspektiven der solidarischen Finanzierung, in: Jacobs, K. und S. Schulze (Hrsg.), Die Krankenversicherung der Zukunft: Anforderungen an ein leistungsfähiges System, WIdO-Reihe, KomPart, Berlin, 125–173.

Saad, C. et al. (2025), Effectiveness of tobacco advertising, promotion and sponsorship bans on smoking prevalence, initiation and cessation: A systematic review and meta-analysis, Tobacco Control, im Erscheinen, https://doi.org/10.1136/tc–2024–058903.

Salm, M. und A. Wübker (2020), Sources of regional variation in healthcare utilization in Germany, Journal of Health Economics 69, 102271.

Schmitz, H. (2013), Practice budgets and the patient mix of physicians – The effect of a remuneration system reform on health care utilisation, Journal of Health Economics 32 (6), 1240–1249.

Schmitz, H. und N.R. Ziebarth (2017), Does price framing affect the consumer price sensitivity of health plan choice?, Journal of Human Resources 52 (1), 88–127.

Schneider, U. (2002), Beidseitige Informationsasymmetrien in der Arzt-Patient-Beziehung: Implikationen für die GKV, Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung 71 (4), 447–458.

Schreyögg, J. und M.M. Grabka (2010), Copayments for ambulatory care in Germany: A natural experiment using a difference-in-difference approach, European Journal of Health Economics 11 (3), 331–341.

Schröder, H., P.A. Thürmann, M. Thiede, S. Enners und R. Busse (Hrsg.) (2025), Arzneimittel-Kompass 2025 – Die Preisfrage: Wege zu fairen Lösungen, Springer, Berlin.

Sherk, A. et al. (2018), Alcohol consumption and the physical availability of take-away alcohol: Systematic reviews and meta-analyses of the days and hours of sale and outlet density, Journal of Studies on Alcohol and Drugs 79 (1), 58–67.

Shigeoka, H. (2014), The effect of patient cost sharing on utilization, health, and risk protection, American Economic Review 104 (7), 2152–2184.

Simonsen, M., L. Skipper, N. Skipper und A. Illemann Christensen (2021), Spot price biases in non-linear health insurance contracts, Journal of Public Economics 203, 104508.

Sperlich, S. et al. (2022), Die langzeitliche Entwicklung von Morbidität und Gesundheit in Deutschland – mehr Gesundheit für alle?, in: Siegrist, J., U. Stößel und A. Trojan (Hrsg.), Medizinische Soziologie in Deutschland: Entstehung und Entwicklungen, Gesundheit und Gesellschaft, Springer VS, Wiesbaden, 179–203.

Sripa, P., B. Hayhoe, P. Garg, A. Majeed und G. Greenfield (2019), Impact of GP gatekeeping on quality of care, and health outcomes, use, and expenditure: A systematic review, British Journal of General Practice 69 (682), e294–e303.

Starker, A., A. Schienkiewitz, S. Damerow und R. Kuhnert (2025), Verbreitung von Adipositas und Rauchen bei Erwachsenen in Deutschland – Entwicklung von 2003 bis 2023, Journal of Health Monitoring 10 (1), e12990.

Statistisches Bundesamt (2026a), Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern, https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Tabellen/ausgabentraeger.html, abgerufen am 31.3.2026.

Statistisches Bundesamt (2026b), Krankenstand, https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Qualitaet-Arbeit/Dimension-2/krankenstand.html, abgerufen am 31.3.2026.

Statistisches Bundesamt (2025a), Zur Krankenversicherung befragte Personen für das Jahr 2023, https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitszustand-Relevantes-Verhalten/Tabellen/kv_befragtepersonen-geschl-versicherungsverh.html, abgerufen am 31.3.2026.

Statistisches Bundesamt (2025b), 72 000 Menschen ohne Krankenversicherungsschutz, Pressemitteilung N060, Wiesbaden, 29. Oktober.

Statistisches Bundesamt (2025c), Arztpraxen erzielten 2023 zwei Drittel ihrer Einnahmen aus Kassenabrechnung, Pressemitteilung 431, Wiesbaden, 4. Dezember.

Stauder, J. und T. Kossow (2017), Selektion oder bessere Leistungen – Warum sind Privatversicherte gesünder als gesetzlich Versicherte?, Das Gesundheitswesen 79 (03), 181–187.

Staudigel, M., K.M.F. Emmert-Fees, M. Laxy und J. Roosen (2025), The demand for non-alcoholic beverages across income groups and implications for sugar-sweetened beverage taxation in Germany, Q Open 5 (2), qoaf020.

Steuernagel, A. und M. Thum (2023), Wie viel Beitragsaufkommen lässt sich durch die Einbeziehung zusätzlicher Einkommenskomponenten in der Sozialversicherung erzielen?, ifo Dresden berichtet 30 (5), 14–18.

Strandbygaard, U., S.F. Thomsen und V. Backer (2010), A daily SMS reminder increases adherence to asthma treatment: A three-month follow-up study, Respiratory Medicine 104 (2), 166–171.

SVR Gesundheit (2021), Digitalisierung für Gesundheit: Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems, Gutachten 2021, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Bonn.

SVR Gesundheit (2018), Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, Gutachten 2018, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Bonn.

SVR Gesundheit & Pflege (2025), Preise innovativer Arzneimittel in einem lernenden Gesundheitssystem, Gutachten 2025, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege, Bonn.

SVR Gesundheit & Pflege (2024), Fachkräfte im Gesundheitswesen: Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource, Gutachten 2024, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege, Bonn.

Thönnes, S. (2019), Ex-post moral hazard in the health insurance market: Empirical evidence from German data, European Journal of Health Economics 20 (9), 1317–1333.

Tillmanns, H. und D. Jäckel (2024), Entwicklung der Ambulantisierung, in: Klauber, J., J. Wasem, A. Beivers, C. Mostert und D. Scheller-Kreinsen (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2024: Strukturreform, Springer, Berlin und Heidelberg, 225–268.

van der Horst, K. et al. (2024), Outcomes of children's cooking programs: A systematic review of intervention studies, Journal of Nutrition Education and Behavior 56 (12), 881–892.

Varabyova, Y., C.R. Blankart, A. Torbica und J. Schreyögg (2017), Comparing the efficiency of hospitals in Italy and Germany: Nonparametric conditional approach based on partial frontier, Health Care Management Science 20 (3), 379–394.

Varabyova, Y. und J.-M. Müller (2016), The efficiency of health care production in OECD countries: A systematic review and meta-analysis of cross-country comparisons, Health Policy 120 (3), 252–263.

Vaughan, K.L., J.E. Cade, M.M. Hetherington, J. Webster und C.E.L. Evans (2024), The impact of school-based cooking classes on vegetable intake, cooking skills and food literacy of children aged 4–12 years: A systematic review of the evidence 2001–2021, Appetite 195, 107238.

von Kalckreuth, N., M. Kopka, C. Schmid, C. Kratzer, A. Reptuschenko und M.A. Feufel (2025), Trustworthiness of the electronic health record in Germany: An exploratory, user-centered analysis, Frontiers in Digital Health 7, 1473326.

von Philipsborn, P., K. Geffert, C. Klinger, A. Hebestreit, J. Stratil und E.A. Rehfuess (2022), Nutrition policies in Germany: A systematic assessment with the Food Environment Policy Index, Public Health Nutrition 25 (6), 1691–1700.

vzbv (2026), Elektronische Patientenakte: Viel Potenzial, bislang wenig Nutzen, Pressemitteilung, Verbraucherzentrale Bundesverband, Berlin, 18. Februar.

Wagenaar, A.C., M.J. Salois und K.A. Komro (2009), Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: A meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies, Addiction 104 (2), 179–190.

Walendzik, A., C. Abels und J. Wasem (2021), Die Umsetzung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in die vertragsärztliche Kollektivversorgung und in die privatärztliche ambulante Versorgung, Das Gesundheitswesen 85 (05), 462–470.

Walendzik, A., S. Greß, M. Manouguian und J. Wasem (2008), Vergütungsunterschiede im ärztlichen Bereich zwischen PKV und GKV auf Basis des standardisierten Leistungsniveaus der GKV und Modelle der Vergütungsangleichung, Diskussionsbeitrag aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften 165, Universität Duisburg-Essen, Essen.

Werbeck, A., A. Wübker und N.R. Ziebarth (2021), Cream skimming by health care providers and inequality in health care access: Evidence from a randomized field experiment, Journal of Economic Behavior & Organization 188, 1325–1350.

Werding, M. et al. (2026), Alterungsschub und Sozialbeiträge: Simulationen zu GKV und Pflegeversicherung, SVR-Arbeitspapier, Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Berlin, im Erscheinen.

WHO (2025), European health report 2024: Keeping health high on the agenda, Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation, Kopenhagen.

Willemé, P. und M. Dumont (2016), Machines that go 'ping': Medical technology and health expenditures in OECD countries, Health Economics 25 (3), 387–388.

Winkelmann, R. (2004), Co-payments for prescription drugs and the demand for doctor visits – Evidence from a natural experiment, Health Economics 13 (11), 1081–1089.

Wissenschaftsrat (2026), Für Prävention und Gesundheitsförderung handeln in Wissenschaft, Versorgung und Gesellschaft, Positionspapier 3003–26, Köln.

Xu, M. und B. Bittschi (2022), Does the abolition of copayment increase ambulatory care utilization?: A quasi-experimental study in Germany, European Journal of Health Economics 23 (8), 1319–1328.

Zeeb, H. et al. (2025), Public health in Germany: Structures, dynamics, and ways forward, The Lancet Public Health 10 (4), e333–e342.

Zweifel, P., S. Felder und M. Meiers (1999), Ageing of population and health care expenditure: A red herring?, Health Economics 8 (6), 485–496.