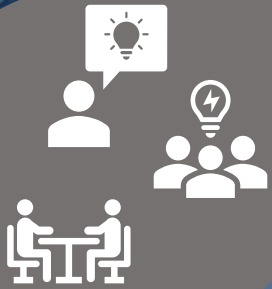


Agora - PPE Network e.V.

Diskussion!



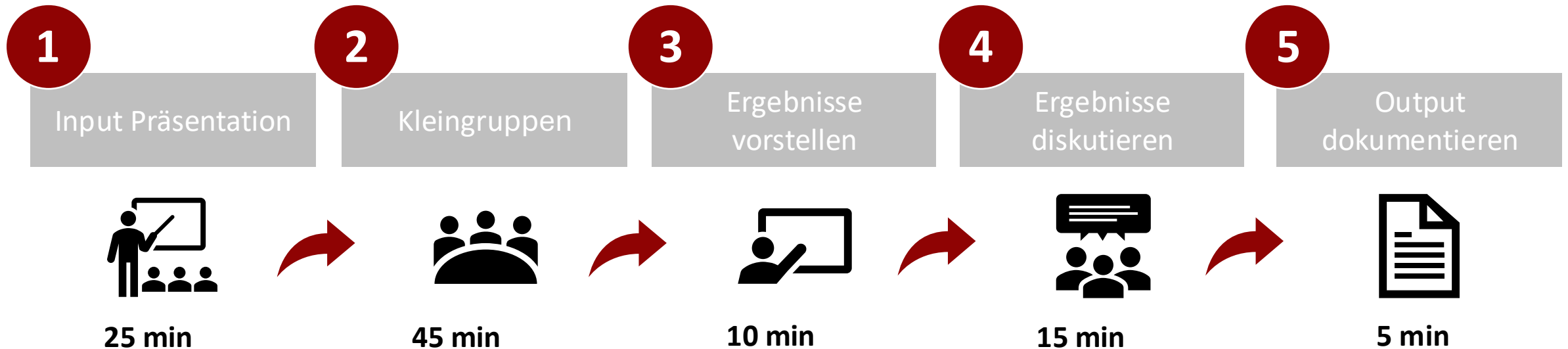
Weiterbildung!



Publikation!



"Sollte man die private Krankenversicherung abschaffen?"



Warum reden wir über Krankenversicherung?



Marode Infrastruktur

Investitionsstau von über 60 Mrd. €
25 % der Krankenhäuser insolvenzgefährdet
Nur 60 % digital grundversorgt



Extremer Fachkräftemangel

Allein 50.000 Pflegekräfte fehlen in Kliniken,
100.000 in der Altenpflege
Bis 2035: bis zu 1,8 Mio. unbesetzte Stellen



Finanzierungslücke

Prognose 2027: 15 Mrd. € Deckungslücke
Beitragssätze steigen kontinuierlich
Ausgaben wachsen schneller als
Einnahmen

Quellen: Destatis, Finanzkommission Gesundheit, DKG

Warum reden wir über Krankenversicherung?



Leistungsausgaben insgesamt 2020–2024

Mrd.
Euro



Darstellung: GKV-Spitzenverband; Quelle: Amtliche Statistik KJ 1

Historische Entwicklung des Gesundheitssystems



Über 140 Jahre Sozialgesetzgebung: ein System auf Basis des Solidaritätsprinzips – heute vor neuen Belastungsproben.

Wie funktioniert das deutsche Gesundheitssystem?



Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)



- Pflichtversichert für ca. 90 % der Bevölkerung
- Solidaritätsprinzip – Beitrag nach Einkommen
- Beiträge paritätisch von AN und AG
- Versicherungspflichtgrenze 2026: 77.400 €
- Einheitlicher Leistungskatalog durch den G-BA

Private Krankenversicherung (PKV)



- Zugang v. a. ab Einkommen über 77.400 € (2026)
- Auch Selbstständige und Beamte möglich
- Beitrag richtet sich nach Risiko und Tarif
- Höhere Honorare für Ärzte (bis zu 3-fach)
- Rückkehr in die GKV ab 55 Jahren faktisch unmöglich

Was bringt uns das Gesundheitssystem?



Universeller Zugang

Nahezu vollständige Versorgung – Platz 1 im EU-Vergleich bei Zugang & Wartezeiten.



Hohe Versorgungsdichte

4,3 Ärzte und 12 Pflegekräfte pro 1.000 Einwohner – höchste Krankenhausbettendichte der EU.



Hohe Patientenzufriedenheit

Über 85 % Zufriedenheit mit den Leistungen der Krankenkassen.



Geringe Eigenbeteiligung

Über 85 % der Kosten werden durch die Sozialversicherung getragen.



Robust in Krisen

Hohe Intensivbettenkapazität hat in der Corona-Pandemie Überlastung verhindert.

Quelle: EU-Bericht „Gesundheit auf einen Blick“ (Vergleichswerte 2017–2019)

Was kostet uns das Gesundheitssystem?



538,2

Mrd. €

Gesamte Gesundheitsausgaben (2024)

12,4 %

des BIP

Anteil am Bruttoinlandsprodukt

6.444 €

pro Kopf

Durchschnittliche Kosten pro Einwohner

16,8

Mrd. €

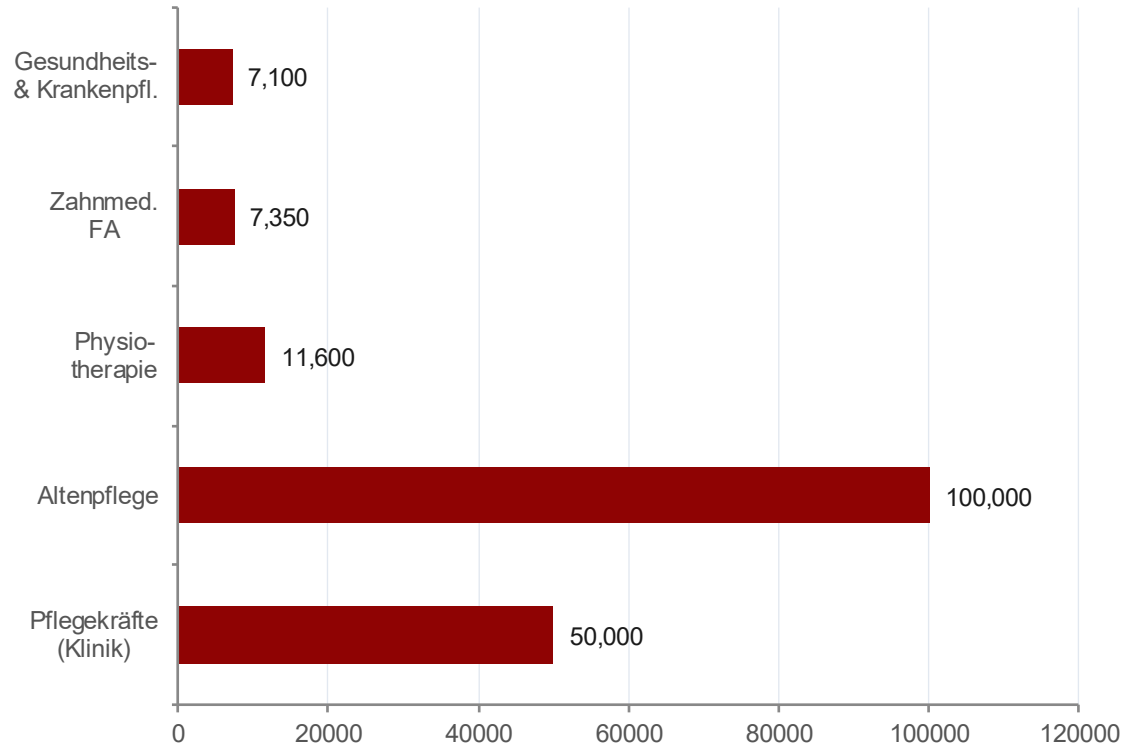
Bundeszuschuss zur GKV im Haushalt 2026

Quelle: Statistisches Bundesamt / Bundeshaushalt 2026

Aktuelle Probleme im Detail



Personalmangel nach Berufsgruppen (offene Stellen, Ø 2023/24)



60 Mrd. €

Investitionsstau in Krankenhäusern

25 %

der Krankenhäuser sind insolvenzgefährdet

70 %

der Kliniken arbeiten aktuell mit Verlust

15 Mrd. €

prognostizierte Deckungslücke der GKV ab 2027

32 %

Fachärztemangel bis 2030 prognostiziert



Strukturelle Unterfinanzierung

Investitionen sind Ländersache – doch die jährlichen Fördermittel decken nur etwa die Hälfte des Bedarfs. Diese Lücke besteht seit Jahrzehnten.



Fehlende Planung & Fachkräfte

Es mangelt an planfestgestellten Bauprojekten und qualifizierten Bauingenieuren in den Verwaltungen – Sanierungen verzögern sich erheblich.



Externe Krisen

Corona-Pandemie, Energiepreisexplosion und Inflation haben die ohnehin angespannte finanzielle Lage der Krankenhäuser weiter verschärft.

1 Investitionsstau bekämpfen

- Länder zu höherer Investitionsförderung verpflichten (DKG, GKV-Spitzenverband)
- Krankenhaus-Transformationsfonds (KHVVG): 50 Mrd. € über 10 Jahre ab 2026
- Diskussion um 500-Mrd.-€-Sondervermögen und Reform der Schuldenbremse

2 Versorgung modernisieren

- Krankenhausreform (KHVG): Qualitätsstufen, Spezialisierung, Ambulantisierung
- Stärkung der Primär- und Präventivversorgung
- Digitalisierungsschub: zuverlässige Telematik, digitale Gesundheitsanwendungen
- Bürokratieabbau – v. a. in der Langzeitpflege

3 GKV finanziell stabilisieren

- Expertenkommission Warken: 66 Maßnahmen vorgeschlagen
- Kappung der Ausgabensteigerungen, Anpassung Zuzahlungen und Mitversicherung
- Bundeszuschüsse für versicherungsfremde Leistungen
- DGB-Vorschlag: Non-Profit-Prinzip, Mehrwertsteuer auf Medikamente senken

Reformkonflikt: Kritiker warnen, dass die Krankenhausreform das „Kliniksterben“ beschleunigen könnte – v. a. bei kleinen, ländlichen Häusern.

Zwei-Klassen-Medizin? – Die PKV-Debatte

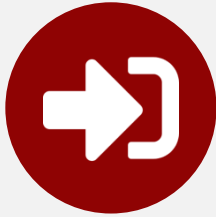


Pro Bürgerversicherung

- GKV-Versicherte zahlen im Schnitt doppelt so viel ein, während PKV-Versicherte ca. 50 % höhere Einkommen haben
- Lange Wartezeiten und beschränkte Arztwahl für gesetzlich Versicherte
- Privatversicherte erhalten schneller Facharzttermine (z. B. MRT)
- Einheitliche Bürgerversicherung würde Lastenverteilung gerechter machen
- Unterstützt von Linke, Teilen von SPD/Grünen, ver.di, Verein demokratischer Ärzt*innen

Contra Abschaffung der PKV

- PKV bringt Mrd. zusätzlich ins System – bis zu 25 % der Einnahmen für Ärzte/Kliniken hängen daran
- Querfinanzierung von Praxen und Innovationen
- Sorge vor „Einheitsmedizin“ und längeren Wartezeiten
- Vor allem Fachärzte in Niederlassung profitieren wirtschaftlich erheblich
- Position v. a. von Bundesärztekammer, Marburger Bund, KBV vertreten



Eintritt: ab 77.400 € (2026)

Wer als Angestellter über der Versicherungspflichtgrenze verdient, kann in die PKV wechseln. Selbstständige und Beamte haben grundsätzlichen Zugang. Die Grenze wird jährlich an die Lohnentwicklung angepasst.



Rückkehr in die GKV – schwierig

Eine Rückkehr ist nicht automatisch, sondern an Versicherungspflicht gebunden: Einkommen dauerhaft unter 77.400 € und sozialversicherungspflichtige Anstellung. Ab dem 55. Lebensjahr ist der Wechsel faktisch unmöglich.



PKV im Alter – die Falle

Beiträge steigen im Alter oft stark, da Lohnfortzahlung wegfällt und Gesundheitskosten steigen. Altersrückstellungen reichen häufig nicht aus. Viele Rentner sitzen in der PKV fest, obwohl die Beiträge ihre Rente stark belasten.

1 Ausgaben an Einnahmen koppeln

- Honorare von Ärzten, Kliniken und Therapeuten dürfen künftig nur so stark steigen wie die durchschnittlichen Bruttolöhne („Grundlohnrate“)
- Beispiel: Steigen die Löhne um 3 %, dürfen auch die Vergütungen im Gesundheitswesen nur um max. 3 % steigen
- Logik: Wenn die GKV nur so viel einnimmt, wie Löhne wachsen, sollen auch die Ausgaben dieses Tempo halten

2 Zuzahlungen +50 % – einmalig

- Zuzahlungen (Medikamente, Krankenhausaufenthalt) steigen erstmals seit 2004 – einmalig um 50 %
- Beispiel: 5 € Medikament → 7,50 €; 10 € pro Klinik-Tag → 15 €
- Belastungsgrenze bleibt unverändert bei 2 % des Brutto-Haushaltseinkommens (1 % bei chronisch Kranken)
- Wer mehr ausgeben müsste, wird für den Rest des Jahres befreit

3 Homöopathie & Co. gestrichen

- Krankenkassen dürfen Homöopathie und Cannabisblüten nicht mehr als freiwillige Satzungsleistung erstatten
- Begründung: Leistungen ohne wissenschaftlich belegten Nutzen werden nicht mehr GKV-finanziert
- Kieferorthopädie ab 2028: nur noch Fachzahnärzte dürfen zu Lasten der GKV abrechnen – feste Pauschalen statt Einzelposten
- Ziel: Doppelvergütungen vermeiden, Mittel auf wirksame Behandlungen konzentrieren

Kontext: Ohne Gegenmaßnahmen würde der GKV-Beitragssatz bis 2030 von rund 17,5 % auf bis zu 19,3 % steigen – Entlastungsziel: 16,3 Mrd. € (2027) bis 38 Mrd. € (2030).

4 Arzneimittel & Apothekenrabatt

- Pharmahersteller und Apotheken müssen den Krankenkassen größere Rabatte gewähren
- Neuer Herstellerabschlag: Pharmafirmen geben einen festen Prozentsatz des Verkaufspreises an die GKV ab
- Wichtiger Hebel: Medikamente sind einer der am stärksten wachsenden Ausgabenposten der GKV

5 Familienversicherung enger gefasst

- Bisher: Ehepartner ohne eigenes Einkommen sind kostenlos mitversichert
- Künftig: Mitversicherte Ehepartner zahlen 2,5 % des Einkommens des erwerbstätigen Partners
- Ausnahmen (weiterhin beitragsfrei): Kinder, Eltern kleiner Kinder, Pflegende, Partner von Rentnern
- Beispiel: Mann verdient 60.000 € brutto / Jahr → mitversicherte Frau zahlt künftig 1.500 € / Jahr

6 Verwaltung & Zahnersatz

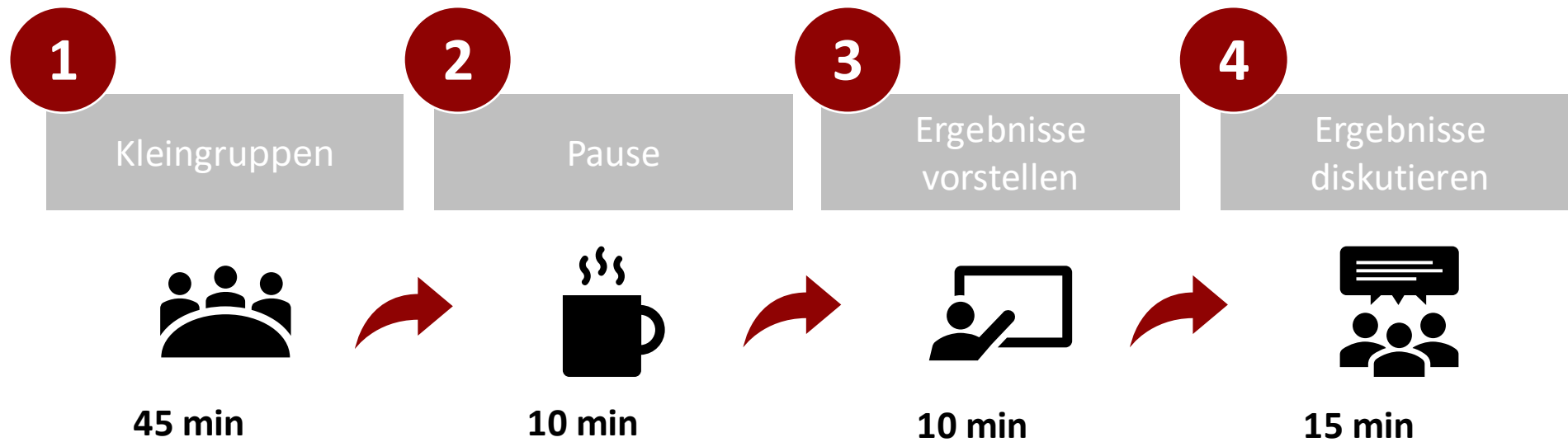
- Werbeausgaben der Krankenkassen werden auf 0,075 % der Bezugsgröße je Mitglied gedeckelt
- Verwaltungsausgaben dürfen nur im Tempo der Grundlohnrate steigen; Vorstandsgehälter gedeckelt
- Hintergrund: GKV-Verwaltungskosten lagen 2020 bei rund 11 Mrd. € – viel davon Werbung im Kassenwettbewerb
- Zahnersatz: Festzuschüsse werden um 10 % auf das Niveau vor 2020 zurückgesetzt – Versicherte zahlen mehr dazu

Status: Kabinettsbeschluss vom 29. April 2026 – Bundestag und Bundesrat müssen noch zustimmen (geplant: vor der Sommerpause 2026).

Leitfrage für die Diskussion



"Sollte man die private Krankenversicherung abschaffen?"



Agora - PPE Network e.V.

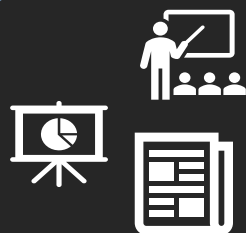
Diskussion!



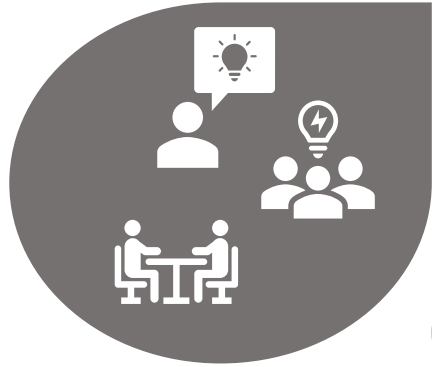
Weiterbildung!



Publikation!



Agora - PPE Network e.V.



Website: <https://agora-ppe-network.de/>

LinkedIn: agora-ppe-network

Instagram: agora-ppe.network

E-mail: agora.network@outlook.com

