

Das Modell für den Berufsstand

Was die Einheitskasse für Ärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser,
Pharma, Apotheken, Pflege, Arbeitgeber, Gewerkschaften und Patienten
konkret bedeutet

Fachpapier zum Reformmodell »Die Einheitskasse« · Juni 2026

Alle Zahlen mit Quellennachweis — Modellrechnungen als solche kenntlich gemacht

Grundlegung: Das System gegen den Eid

»Primum non nocere.« Zuerst nicht schaden. Das ist der Kern des hippokratischen Ethos, der den ärztlichen Beruf seit zweieinhalb Jahrtausenden definiert. Behandlungsentscheidungen sollen von medizinischer Indikation geleitet werden — nicht von Quartalsbudgets, Fallpauschalen oder Kassenkarten.

Das geltende Recht gibt diesem Ethos eine verfassungsrechtliche Basis: Artikel 2 Absatz 2 des Grundgesetzes garantiert das Recht auf körperliche Unversehrtheit. Das Bundesverfassungsgericht hat daraus eine staatliche Schutzpflicht abgeleitet. Diese Schutzpflicht ist nicht erfüllbar in einem System, das Behandlungsentscheidungen systematisch von Abrechnungslogiken abhängig macht.

Ökonomisch erzeugt die Kommodifizierung von Gesundheit ein strukturelles Problem: Die Rendite privater Klinikkonzerne, die aus der Pflichtversicherung aller Bürger gespeist wird, entsteht nicht aus Wertschöpfung — sie entsteht aus Fallselektion, Lohndruck auf Pflegepersonal und Mengenausweitung lukrativer Eingriffe. Das Defizit das dabei entsteht, wird nicht vernichtet — es wird verlagert: auf gemeinnützige Häuser die die abgelehnten Fälle übernehmen, auf Pflegekräfte die unter Tarif bezahlt werden, und auf Ärzte die unter Budgetdruck medizinische Entscheidungen wirtschaftlich rechtfertigen müssen.

Humanitär ist der Befund eindeutig: Ein System das den Arzt zwingt, sich zu fragen ob die Behandlung noch ins Quartalskontingent passt, bevor er sie verschreibt, hat seinen Auftrag verfehlt. Nicht wegen schlechter Ärzte. Wegen falscher Systemlogik.

Dieses Papier beschreibt, wie die Systemlogik geändert werden kann — damit Ärzte wieder Ärzte sein können.

Präambel: Ein Angebot, kein Angriff

Dieses Papier richtet sich an niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Krankenhausärzte, Weiterbildungsassistenten, Berufseinsteiger — und an die Organisationen, die ihren Berufsstand und das Gesundheitswesen vertreten: Kassenärztliche Vereinigungen, KBV, Ärztekammer, Bundesärztekammer, Krankenhausverbände, Pharmaindustrie, Apotheken, Pflegeverbände sowie Arbeitgeber- und Gewerkschaftsvertreter.

Es beginnt mit einer Feststellung, die im berufspolitischen Diskurs selten so direkt ausgesprochen wird:

Das heutige System schadet dem ärztlichen Berufsstand. Es schadet ihm ökonomisch, weil es erbrachte Arbeit systematisch nicht bezahlt. Es schadet ihm zeitlich, weil es Ärztinnen und Ärzte zu Halbzeit-Verwaltungsangestellten macht. Es schadet ihm strukturell, weil es die Niederlassung für junge Medizinerinnen und Mediziner zu einem unkalkulierbaren Risiko macht.

Das hier vorgelegte Reformmodell ist das ärztlichste Modell, das in der deutschen Gesundheitspolitik seit Jahrzehnten zur Diskussion steht. Diese Behauptung ist keine Werbung. Sie ist Rechnung. Die folgende Darstellung legt jeden Punkt offen — damit wer dagegen ist, sagen kann, welche Zahl falsch ist.

Teil I: Was das System heute mit Ärzten macht

1. Die Budgetierung: Bezahlter Lohnraub

Das Regelleistungsvolumen (RLV) ist das zentrale Abrechnungsinstrument der vertragsärztlichen Vergütung. Pro Quartal und Fachgruppe gibt es ein Budget. Wer mehr behandelt als das Budget vorsieht, bekommt für diese Mehrarbeit entweder gar nichts oder nur abgestaffelte Bruchteile des regulären Satzes. Die erbrachte Leistung ist dokumentiert, abrechenbar und medizinisch notwendig — sie wird schlicht nicht bezahlt.

Die bezifferte Dimension: Nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung beläuft sich die jährliche Unterzahlungslücke auf rund 2,3 Milliarden Euro. Eine unabhängige Primärverifikation dieser Zahl liegt nicht vor; die KBV ist hier als Branchenquelle des Berufsstands zitiert.

Quelle/Hinweis: KBV-Verlautbarungen zur RLV-Unterdeckung (Eigenangabe der KBV; keine unabhängige Primärstudie).

Gleichzeitig: Im Zeitraum 2020 bis 2024 erhielten die Krankenhäuser Vergütungszuwächse von 20,2 Milliarden Euro — die gesamte ambulante Versorgung 6,1 Milliarden Euro. Die Ambulantisierung gilt politisch als Ziel; investiert wird ins Gegenteil.

Quelle/Hinweis: GKV-Spitzenverband, GKV-Kennzahlen, Rechnungsergebnisse KJ 1/2024.

Die ethische Dimension wird selten benannt: Eine Volkswirtschaft, die von Ärzten verlangt, Patienten zu behandeln, und ihnen dann sagt, dass sie dafür nicht vollständig vergütet werden — weil das Quartalskontingent aufgebraucht ist — behandelt Medizin als Rationierungszone, nicht als Versorgungsauftrag.

2. Die 94-Kassen-Bürokratie: Die gestohlene Stunde

94 gesetzliche Kassen bedeuten 94 Abrechnungssysteme, 94 Prüfregime, 94 Genehmigungslogiken, 94 Formularbibliotheken. Nach Umfragen unter niedergelassenen Ärzten und Branchenschätzungen entfallen 30 bis 40 Prozent der Arbeitszeit in einer deutschen Vertragsarztpraxis auf Dokumentation, Formulare, Genehmigungen, Rückfragen und Kassenkorrespondenz.

Quelle/Hinweis: NAV-Virchow-Bund, Umfragen zur ärztlichen Zeitverwendung; KBV-Berichte; Branchenschätzungen (als solche kenntlich gemacht — keine einheitliche Primärstudie mit bundesweiter Repräsentativität).

Bei einer 50-Stunden-Woche — die für viele niedergelassene Ärztinnen und Ärzte Realität ist — sind das 15 bis 20 Stunden pro Woche, die nicht Patienten gehören.

[Modellrechnung] 189.000 Vertragsärzte × 7 Stunden eingesparte Verwaltungszeit pro Woche (bei 70%-Entlastung der 30–40 %) × 46 Arbeitswochen = Äquivalent von rund 30.000 Vollzeitarztstellen an zurückgewonnener Behandlungszeit. Diese Rechnung setzt voraus, dass freie Verwaltungszeit vollständig in Patientenkontakt überführt wird — das ist eine Obergrenze, kein Erwartungswert. Das Äquivalent ist damit als Größenordnungsindiz zu verstehen.

3. Die Niederlassung: Ein Geschäftsmodell von gestern

Wer sich heute als Landärztin oder Landarzt niederlässt, übernimmt typischerweise:

- Einen Kassensitz für 150.000 bis 400.000 Euro (je nach Region und Fachrichtung)
- Praxisausstattung und -umbau: 100.000 bis 300.000 Euro
- Personal, Miete, IT, Haftpflicht: laufend
- Vollständiges unternehmerisches Risiko
- Im Gegenzug: ein Vergütungssystem, das erbrachte Leistungen ab Quartalsmitte abstaffelt

Das Ergebnis ist vorhersehbar: In einer Umfrage des NAV-Virchow-Bundes unter Weiterbildungsassistenten meiden über 60 Prozent bewusst die Niederlassung — nicht wegen des Berufsbilds, sondern wegen der betriebswirtschaftlichen Bedingungen.

Quelle/Hinweis: NAV-Virchow-Bund, Umfragen zur Niederlassungsbereitschaft.

4. Die Psychotherapie: Aufgestauter Bedarf, keine Kapazität

Rund 39.000 zugelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten versorgen einen wachsenden Bedarf, der seit der COVID-Pandemie um über 40 Prozent zugenommen hat. Das

Ergebnis: 26 Wochen durchschnittliche Wartezeit auf einen ambulanten Therapieplatz; 40 Prozent der Patienten warten drei bis neun Monate.

Quelle/Hinweis: DGPPN-Daten 2023; bestätigt in Deutsches Ärzteblatt 2024/2025 sowie taz März 2026.

5. Das Krankenhaus: Abrechnungsdruck und DRG-Dynamik

Im DRG-System der Kliniken besteht eine direkte Verbindung zwischen Diagnose-Kodierung und Erlös. Bis zur MDK-Reform 2020 beanstandete der Medizinische Dienst mehr als die Hälfte der geprüften Krankenhausrechnungen — fast immer zuungunsten der Kassen; allein 2017 flossen 2,8 Milliarden Euro als Rückzahlungen zurück. Nach Einführung gesetzlicher Prüfquoten (§ 275c SGB V ab 2020) werden deutlich weniger Rechnungen geprüft — nicht weil weniger falsch abgerechnet wird, sondern weil der Prüfraum gesetzlich begrenzt ist.

Quelle/Hinweis: MDS-Jahresberichte (Beanstandungsquoten bis 2019); § 275c SGB V (Prüfquoten ab 2020); IKK e.V., Pressemitteilung 25.06.2024.

Für Krankenhausärzte bedeutet das DRG-System einen spezifischen Druck: schnelle Fallabwicklung, kurze Liegezeiten, Diagnosenformulierung mit Erlösmaximierung — nicht weil es medizinisch geboten ist, sondern weil das Finanzierungssystem es verlangt.

Teil II: Was das Modell ändert — konkret und mit Zahlen

1. Abschaffung der Budgetierung: 6 Milliarden Euro mehr

Das Modell schafft die Regelleistungsvolumina vollständig ab. Jede erbrachte, indizierte und dokumentierte Leistung wird zu den vereinbarten Vergütungssätzen bezahlt — vollständig, ohne Abstufung, unabhängig vom Quartalsdatum.

[Modellrechnung] Mittelansatz: 6 Milliarden Euro jährlich zusätzlich für die ambulante Vergütung. Bemessen auf Basis der KBV-Schätzung (2,3 Mrd. Unterdeckung) plus Dynamisierungspuffer. Pro Praxisstelle entspricht das nach KBV-eigener Unterdeckungsberechnung rund 12.000 Euro jährlich an heute nicht vergüteter Leistung.

Die Abschaffung der Budgetierung ist die ärztlichste Forderung, die die KBV seit Jahren stellt. Das Modell setzt sie um — als Systemstandard, nicht als Forderung.

2. Eine Kasse: 70 Prozent weniger Verwaltung

Aus 94 Abrechnungssystemen wird eines. Die Konsequenzen für die Praxis:

- **Ein Formularwesen.** Kein Kasse-spezifisches Prüffregime, keine unterschiedlichen Fristen, keine unterschiedlichen Genehmigungslogiken je nach Kassenzugehörigkeit des Patienten.
- **KI-gestützte Sofortgenehmigung.** Routineanträge werden von drei unabhängigen ML-Modellen parallel bewertet. Sind alle einig: Genehmigung in Sekunden. Bei Unstimmigkeit entscheidet ein Mensch. Abgelehnt wird niemals automatisch. Die finale Verantwortung liegt stets bei Menschen.
- **Ein Ansprechpartner.** Für alle Kassenfragen, alle Patienten, alle Sachverhalte.

Die Abschätzung: minus 70 Prozent Verwaltungsaufwand in der Praxis. Basis: Branchenschätzungen zur Zeitverteilung, angewendet auf die Konsolidierung von 94 auf ein System.

Quelle/Hinweis: Schätzung auf Basis NAV-Virchow-Umfragen; internationale Vergleichswerte aus Ländern mit Einheitspayer-Systemen (Kanada, Australien) stützen die Größenordnung.

3. Die Poliklinik-Option: Niederlassung ohne Risiko

Das Modell errichtet 500 Polikliniken in strukturell unterversorgten Regionen — teilstaatliche Gesellschaft (51 % Staat), kein Behördenbetrieb, ausdrücklich freiwilliges Angebot.

Merkmal	Poliklinik (Modell)	Eigenpraxis heute
Investitionsrisiko	Null — Anstellung	250.000–700.000 € Eigenkapital
Einkommenssicherheit	TVöD, geregelt	Quartalsschwankungen, RLV
Arbeitszeit	Geregelt, planbar	Faktisch unbegrenzt
Verwaltungsaufwand	Kasse trägt alles	30–40 % der Arbeitszeit
Standortwahl	Vorgegeben (Unterversorgung)	Eigene Entscheidung
Fachliche Autonomie	Vollständig	Vollständig

Die Poliklinik-Option ist kein Zwang und keine Konkurrenz zur Eigenpraxis — sie entsteht nur in Regionen ohne ausreichende Praxisversorgung. Sie ist ein Angebot für Berufseinsteiger, zurückgewanderte Kolleginnen und Kollegen, und Ärzte in Lebensphasen, in denen Planbarkeit wichtiger ist als Unternehmertum.

[Modellrechnung] 78 Prozent der Poliklinik-Kosten durch reguläre GKV-Vergütung gedeckt; Nettoförderung ~0,9 Mrd. Euro jährlich — die Prämie für Versorgungssicherheit in Regionen, die Marktkräfte allein nicht erreichen.

4. Abrechnungsbetrug: Strukturell gelöst

In der nicht profitorientierten Gesundheitsinfrastrukturgesellschaft entfällt das ökonomische Grundmotiv

des Upcodings: Wer keinen Gewinn maximiert, hat keinen Anreiz, Diagnosen zu überkodieren. Die KI-Pipeline erkennt Auffälligkeiten systemweit über einen einheitlichen Datenbestand — erstmals ohne Kassensilos.

Für Krankenhausärzte ist das eine direkte Entlastung: Der Druck, Diagnosen »anzupassen«, ist strukturell beseitigt — nicht durch mehr Kontrolle, sondern durch Beseitigung des Anreizes.

5. Psychotherapie: Mehr Sitze, kürzere Wege

Das Modell setzt 2 Milliarden Euro jährlich für den Ausbau der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung ein: Neukalibrierung der Bedarfsplanung, psychotherapeutische Einheiten in Polikliniken, integrierte Vernetzung mit Psychiatrie und Somatik. Ziel: Wartezeit unter 4 Wochen.

Quelle/Hinweis: Referenz: In Ländern mit ähnlicher Systemstruktur (Schweden, Niederlande) ist zeitnahe ambulante Psychotherapie-Versorgung Realität.

Teil III: Was das für die Ärzteorganisationen bedeutet

Für die Kassenärztliche Vereinigung

Die KV hat zwei Kernfunktionen: Sicherstellung der ambulanten Versorgung und Verteilung der Gesamtvergütung. Beide verändern sich fundamental.

Sicherstellung: wird leichter, weil das Modell den strukturellen Engpass beseitigt — überbürokratisierte Vergütung, Investitionsrisiko, schlechte Arbeitsbedingungen. Die KV verwaltet keine Mangelstruktur mehr, sondern eine attraktive.

Gesamtvergütung: Entfällt als Verteilungsproblem. Wenn das RLV abgeschafft ist und jede Leistung vollständig vergütet wird, gibt es keine Budgettöpfe mehr zu verwalten. Die KV kann sich aus der Funktion des Rationierungsverwalters — die ihr niemand wirklich gewollt hat — lösen und zur echten Interessenvertretung des Berufsstands werden.

Für die Kassenärztliche Bundesvereinigung

Die KBV verhandelt die Bundesmantelverträge. Im Modell gibt es für diese Verhandlung nur noch einen Vertragspartner — die Einheitskasse — statt 94. Das klingt wie Machtverlust; es ist das Gegenteil. Wer mit einem einzigen Verhandlungspartner spricht, der über vollständige Systemsicht verfügt, erzielt verbindliche Grundsatzlösungen statt 94 sich gegenseitig aushebelnde Einzelabkommen. Die Verhandlungsmacht der KBV steigt.

Für die Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer repräsentiert das ärztliche Berufsverständnis: Heilkunde als freier Beruf in sozialer Verantwortung. Dieser Anspruch ist heute kaum noch mit der Realität vereinbar: Der freie Beruf steht unter Budgetdruck, das Unternehmertum ist durch Fehlanreize vergällt, die soziale Verantwortung wird durch Rationierung zerrieben.

Das Modell restauriert genau das: fairer Lohn für erbrachte Leistung, weniger Bürokratie, echte Wahlfreiheit zwischen Niederlassung und Anstellung. Die Bundesärztekammer sollte dieses Modell nicht verteidigen müssen. Sie sollte es fordern.

Teil IV: Was das Modell für weitere Stakeholder bedeutet

Das Reformmodell betrifft nicht nur den ärztlichen Berufsstand. Die folgenden Abschnitte adressieren die wichtigsten weiteren Gruppen — jeweils mit den zentralen Gewinnen, dem ehrlichen Gegenargument und der Antwort darauf.

Für Krankenhausverbände (DKG, BDPK, Marburger Bund)

Kernargument

Das Modell beseitigt den DRG-Abrechnungsdruck, der Krankenhausärzte zu Kodierungsoptimierern macht.

Gemeinnützige Häuser (Caritas, Diakonie), die heute zu 68 % Verluste schreiben, erhalten durch die Gesundheitsinfrastrukturgesellschaft stabile Budgetfinanzierung statt DRG-Zitterpartie.

Öffentliche Häuser (89 % im Verlust) erhalten über den Investitionsfonds-Mechanismus Zugang zu langfristiger Finanzierung.

Zwei-Bett-Zimmer als Standard bedeutet auch weniger Patientenstress und bessere Arbeitsbedingungen.

| Gegenargument: »Private Klinikbetreiber verlieren ihre Rendite.«

Richtig. Das Modell ist nicht neutral gegenüber privaten Trägerkonzernen, die Rendite aus der Krankenversicherungspflicht aller Bürger erwirtschaften. Private Häuser können freiwillig der Gesundheitsinfrastrukturgesellschaft beitreten — oder weiter privat betrieben werden, solange sie die Versorgungsstandards erfüllen. Enteignung findet nicht statt. Wer Gewinne bevorzugt über Versorgungssicherheit stellt, wird das öffentlich begründen müssen.

Für den Marburger Bund: TVöD-Vergütung als Standard in allen GmbH-Häusern ist die wichtigste tarifliche Zusage, die diesem Verband je von einem Reformmodell gemacht wurde. Der Bund verhandelt derzeit in einem System, in dem 40 % der Häuser privat und gewinnorientiert sind — mit strukturellen Anreizen, Arztlöhne zu drücken. Das Modell beseitigt diesen Wettbewerbsdruck von unten.

Für die Pharmaindustrie (vfa, BAH, Pro Generika)

Kernargument

Eine Einheitskasse mit 74,5 Mio. Versicherten ist der größte einheitliche Arzneimittelnachfrager Europas — kein Konzern kann es sich leisten, diesen Markt zu verlassen.

Internationale Referenzpreise sind in Norwegen, Japan, Südkorea, den Niederlanden bereits Standard. Die Industrie beliefert alle diese Märkte.

Das Modell setzt 4,73 Mrd. Euro Einsparpotenzial durch Referenzpreise an (TK/NAVLIN-Analyse 2026, Branchenstudie). Deutschland subventioniert mit seinen Spitzenpreisen nicht die heimische Forschung, sondern globale Konzernmargen.

Pro Generika und biosimilarherstellende Unternehmen profitieren: Konsequente Generika- und Biosimilar-Substitution bringt diesen Anbietern Marktanteile.

| Gegenargument: »Referenzpreise gefährden die Innovationsfinanzierung.«

Forschungsfinanzierung ist Aufgabe der Forschungs- und Innovationspolitik — nicht der Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung. Deutschland gewährt der Pharmaindustrie über AMNOG bereits Erstattungspreise über dem europäischen Durchschnitt; das AMNOG-System bleibt im Modell erhalten. Was wegfällt: die systematische Bereitschaft, für identische Präparate den höchsten Preis aller Vergleichsländer zu zahlen.

Quelle/Hinweis: TK/NAVLIN-Preisanalyse 2026 (Branchenstudie, nicht peer-reviewed); WIdO, Arzneimittel-Kompass 2025.

Für Apotheken (ABDA, Apothekerverbände)

Kernargument

Vollversorgung bedeutet mehr Leistungen, mehr Verordnungen, mehr Kontakte — nicht weniger.

Ein einheitliches Abrechnungssystem statt 94 reduziert den Verwaltungsaufwand in Apotheken erheblich.

Stärkere Generika-Substitution — die Apotheke entscheidet im Rahmen der Substitutionsregeln — stärkt die pharmazeutische Kompetenz und den Direktkontakt.

Digitale Genehmigungsprozesse ersetzen das Fax. Das ist eine Entlastung, keine Bedrohung.

Gegenargument: »Zentraleinkauf der GmbH umgeht die Apotheke.«

Der zentrale Klinik-Einkauf über die Gesundheitsinfrastrukturgesellschaft betrifft die stationäre Versorgung — er verändert die ambulante Apothekenstruktur nicht. Öffentliche Apotheken bleiben die Schnittstelle für alle ambulanten Versichertenleistungen.

Für Pflegeverbände (bpa, Caritas, AWO, ver.di Pflege)

Kernargument

TVöD-Löhne als Standard in allen Häusern der Gesundheitsinfrastrukturgesellschaft — explizit eingepreist mit 1,5 Mrd. Euro jährlich (Modellrechnung).

Bis 2034 fehlen laut Destatis bis zu 350.000 Pflegekräfte. Ein System, das sich weiter Lohndumping leisten will, verliert den Wettbewerb um Pflegepersonal. Das Modell preist faire Löhne als nicht verhandelbare Systemvoraussetzung ein.

Die Integration von Gesundheit und Pflege in eine Kasse beseitigt den Zuständigkeits-Pingpong zwischen GKV und SPV, der Pflegepersonal täglich Stunden kostet.

Zwei-Bett-Zimmer als Standard: weniger Patientendichte auf Station, weniger physische und psychische Belastung.

Gegenargument: »Auch außerhalb der GmbH-Häuser arbeiten Pflegekräfte — was gilt dort?«

Das Modell setzt TVöD als Standard in GmbH-eigenen und -betreuten Häusern. In privaten Häusern, die der GmbH nicht beigetreten sind, gilt das nicht automatisch. Der Markt- und Tarifdruck steigt jedoch: Wenn ein Großteil der öffentlichen und gemeinnützigen Häuser TVöD zahlt, verliert ein privater Träger, der deutlich darunter liegt, Personal an diese Häuser. Das ist der Wettbewerbsmechanismus, der die Reform auch außerhalb der GmbH wirkt.

Für Arbeitgeber (BDA, BDI, Mittelstand)

Kernargument

Der kombinierte Arbeitgeberbeitrag sinkt von 10,55 % (heute) auf 10,25 % ab Phase 2 — dauerhaft, ohne die demografische Eskalation auf 14,5 % bis 2040, die ohne Reform droht.

Stabile Beiträge bedeuten planbare Lohnnebenkosten — das wichtigste Argument in jedem Standortgespräch.

Beamtenintegration: Für Neuverbeamtungen zahlt der Staat als Dienstherr den Arbeitgeberanteil — das Modell verursacht für private Arbeitgeber keinerlei Zusatzkosten.

Bessere Versorgung bedeutet weniger Fehlzeiten: Psychotherapie in unter 4 Wochen statt 26 Wochen reduziert krankheitsbedingte Abwesenheiten. 42 % aller Frühverrentungen haben psychische Ursachen (DGPPN 2023).

Gegenargument: »Die Staatsfinanzierung versicherungsfremder Leistungen erhöht die

| **Steuerlast für Unternehmen.«**

Steuern zahlen Unternehmen auf Gewinne, unabhängig von dieser Reform. Beiträge zahlen sie auf die gesamte Lohnsumme — also proportional zur Beschäftigung. Wer Beschäftigung stärken will, bevorzugt die Verlagerung von Lohnnebenkosten auf eine breitere Steuerbasis. Das ist die Aussage des Modells in Baustein II, und das ist die Position des Bundesrats, der genau diese Umschichtung bereits gefordert hat.

Für Gewerkschaften (ver.di, IG Metall, DGB)

Kernargument

Senkung der Arbeitnehmer-Beiträge von 10,55 % auf 10,25 % — real mehr Netto ohne Tarifverhandlung.

TVöD in allen GmbH-Häusern: Das ist die größte Aufwertung des Pflege- und Krankenhaustarifs durch ein einziges Gesetz.

Vollversorgung ohne Eigenanteile entlastet Geringverdiener überproportional — die Gewerkschaftsklientel, die heute die größten Zuzahlungslasten trägt.

Keine betriebsbedingten Kündigungen bei Kassenbeschäftigten — explizit gesetzlich verankert.

Der Generationsfonds schützt auch die Rente: Wenn der Pflegebeitrag bei 20,5 % gedeckelt bleibt statt auf 29 % zu steigen, bleibt mehr Spielraum für Tarifierhöhungen.

| **Gegenargument: »132.000 Kassenbeschäftigte verlieren ihre Stellen.«**

Nein. Betriebsbedingte Kündigungen sind durch Gesetz ausgeschlossen (GKV-SRG Artikel 1 § 2). Kapazität wandert über natürliche Fluktuation in Versichertenservice, Fallmanagement und Polikliniken. Österreich hat dasselbe zugesagt und gebrochen — das Modell hält es gerade deshalb gesetzlich, nicht durch Versprechen.

Für Patientenorganisationen (VdK, SoVD, Patientenbeauftragter, Selbsthilfe)

Kernargument

Vollversorgung ohne Eigenanteile: Das Ende der Situation, in der finanzielle Lage über Zahn, Hörgerät und Brille entscheidet.

Psychotherapie in unter 4 Wochen: Das ist die konkreteste Verbesserung für die am stärksten unterversorgte Patientengruppe.

Keine Zweiklassenmedizin nach Kassenkarte: Versorgungsqualität hängt nicht mehr an PKV oder Zusatzversicherung.

KI genehmigt Hilfsmittel in Sekunden statt Wochen — Patienten bekommen, was der Arzt verordnet hat, ohne Bürokratiehürde.

Pflege und Gesundheit in einer Kasse: kein Zuständigkeits-Pingpong mehr für ältere und pflegebedürftige Menschen.

Transparenz: Die Governance (9/9/2-Verwaltungsrat, Unparteiische mit Richterqualifikation, öffentlicher Transparenzbericht) sichert Patienteninteressen strukturell ab.

| **Gegenargument: »Freie Arztwahl und Kassenwahl gehen verloren.«**

Freie Arztwahl bleibt vollständig erhalten. Die Kassenwahl entfällt — aber was war die Kassenwahl konkret? Die Wahl zwischen 94 Anbietern mit zu 95 % identischem gesetzlichem Leistungskatalog, die sich durch Marketingbudgets, Bonusprogramme und Zehntelprozentpunkte unterscheiden. Das ist keine Wahlfreiheit mit inhaltlicher Substanz. Was stattdessen entsteht: echte Versorgungsfreiheit — der Patient bekommt die Leistung, die der Arzt verordnet, ohne Eigenanteil, ohne Wartezeit, ohne Formularschlacht.

Teil V: Die Fragen, die gestellt werden — und die ehrlichen Antworten

»Eine Kasse bedeutet Staatsmedizin. Wir verlieren ärztliche Freiheit.«

Nein. Die Leistungserbringung bleibt vollständig frei und plural. Niedergelassene Praxen bleiben niedergelassen. Freie Arztwahl bleibt. Behandlungsentscheidungen bleiben beim Arzt. Vereinheitlicht wird die Abrechnungs- und Geldseite — also genau der Teil, der heute die ärztliche Freiheit am stärksten einschränkt.

In Ländern mit Einheitspayer-Systemen (Kanada, Australien, Skandinavien) praktizieren niedergelassene Ärzte privat, setzen Diagnosen selbstständig und behandeln nach eigenem Ermessen. Die Einheitskasse zahlt die Rechnung. Kein NHS, keine Zuteilung, keine Stellenplanwirtschaft außerhalb der Polikliniken.

»KBV und KV werden bedeutungslos.«

Das Gegenteil. Die KBV verhandelt mit einem Gesprächspartner statt 94. Die KV betreut eine attraktive Versorgungsstruktur statt eine überbürokratisierte. Die Ärzteorganisationen gewinnen Gestaltungsraum, wenn das Rationierungssystem wegfällt.

»Die Polikliniken machen Konkurrenz zur Praxis.«

Polikliniken entstehen ausschließlich in strukturell unterversorgten Regionen — also dort, wo es keine ausreichende Praxisversorgung gibt. In versorgten Regionen gibt es keine Polikliniken, die Patienten »weglocken«.

»Die KI entscheidet über Behandlungen.«

Nein. Die KI bearbeitet Verwaltungsanträge — Hilfsmittelbewilligungen, Reha-Überweisungen, Routinegenehmigungen. Behandlungsentscheidungen trifft ausschließlich der Arzt. Bei jeder nicht eindeutigen Genehmigung entscheidet ein Mensch; abgelehnt wird niemals automatisch. Das ist gesetzlich kodifiziert (GKV-SRG Artikel 1 § 5) und entspricht der EU-KI-Verordnung.

»Der Staat baut schlechte IT — Gematik, OZG, ePA.«

Zutreffend beobachtet. Genau deshalb wird die IT nicht als Behördenprojekt gebaut, sondern innerhalb der Deutschen Gesundheitskasse selbst — als Körperschaft des öffentlichen Rechts mit eigener Bonität, eigenem IT-Personal und einem Migrationsplan mit mindestens dreijährigem Parallelbetrieb (GKV-SRG Artikel 7 Nummer 3). Die Alternative ist: 94 separat zu wartende Kassen-IT-Systeme.

»Durch die Vollversorgung steigt die Inanspruchnahme unkontrolliert.«

Zahnersatz, Hörgeräte, Sehhilfen und Rehabilitation sind ärztlich indizierte Leistungen — sie setzen eine ärztliche Diagnose und Verordnung voraus. Der Arzt entscheidet die Indikation; das ändert sich nicht. Was sich ändert: Finanzielle Hürden können diese Entscheidung nicht mehr konterkarieren.

»Was passiert mit der GOÄ und der Privatambulanz?«

Die GOÄ und die Privatambulanz bleiben vollständig bestehen. Das Modell verändert die GKV; es schafft keine Einheitsmedizin für alle. Was sich ändert: GKV-Patienten bekommen künftig vollständige Leistung ohne Eigenanteil — was den Anreiz zur Zweiklassenbelegung reduziert. Das verbessert das ärztliche Berufsbild, das sich nicht an der Kassenkarte orientieren sollte.

»Die Abschaffung des RLV ruiniert die Hausarztbudgets.«

Nein — es schafft sie ab, zugunsten der Ärzte. Das RLV ist nicht das Budget des Arztes, es ist das Budget der Kasse, das dem Arzt oktroyiert wird. Der Arzt behandelt den Patienten; er bekommt ab dem ersten Tag des Quartals denselben Satz wie am letzten. Kein Abstaffeln, kein Quartalsbeginn als Hütchenspiel.

»Was passiert mit den Honorarverhandlungen?«

Sie werden wichtiger, nicht unwichtiger. Mit einer Einheitskasse als Verhandlungspartner gibt es erstmals wirklich bundeseinheitliche Vergütung — die KBV verhandelt einmal, verbindlich, für alle. Das

ist mehr Marktmacht für den Berufsstand, nicht weniger.

Teil VI: Die Bilanz für den Berufsstand — in Zahlen

Was sich ändert	Heute	Modell
Nicht vergütete Leistungen ambulant	~2,3 Mrd. € jährlich (KBV-Angabe)	0 € — volle Vergütung
Zusätzliche Vergütungsmittel ambulant	—	+6 Mrd. € jährlich (Modellrechnung)
Verwaltungsaufwand in der Praxis	30–40 % der Arbeitszeit	~10–15 % (Schätzung)
Zurückgewonnene Patientenzeit	—	~7 Std./Woche/Arzt (Modellrechnung)
Äquivalent neue Arztstellen	—	~30.000 (Modellrechnung, Obergrenze)
Niederlassungsrisiko	250.000–700.000 €	Null (Poliklinik-Option)
Kassenpartner	94 (GKV-Spitzenverband, Mai 2026)	1
Formularsysteme	94	1
Psychotherapie-Wartezeit	Ø 26 Wochen (DGPPN 2023)	< 4 Wochen
Abrechnungsdruck (Upcoding)	Systemisch im DRG	Strukturell beseitigt
Vergütungsrisiko pro Quartal	Ja (RLV-Abstaffelung)	Nein
TVöD in Kliniken	Nur in Tarifhäusern	Standard in allen GmbH-Häusern
Arbeitgeberbeitrag (heute/Modell/2040)	10,55 %	10,25 % / statt ~14,5 % in 2040

Wer dieses Modell als Arzt ablehnt, muss benennen, welcher konkrete Punkt seine Situation verschlechtert. Das RLV? Das bleibt im Modell nicht. Die 94 Kassenbürokratien? Bleiben nicht. Das Investitionsrisiko ohne Alternative? Bleibt nicht. Der Upcoding-Druck? Bleibt nicht.

Schluss: Was die Ärzteorganisationen — und alle anderen — tun könnten

Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die KBV und die Bundesärztekammer haben seit Jahren dokumentiert, was falsch läuft: die RLV-Unterzahlung, den Bürokratieexzess, den Niederlassungsschwund, die Unterfinanzierung der Psychotherapie. Die Dokumentation ist exzellent. Die politische Wirkung war begrenzt — weil die Forderungen immer Korrekturen am laufenden System waren, keine Systemfrage.

Dasselbe gilt für Pflegeverbände, Gewerkschaften und Patientenorganisationen: Jede Gruppe hat den Teil des Systems benannt, der ihr schadet. Keine hat bisher für eine Lösung der Systemfrage gestanden.

Dieses Modell ist die Systemfrage. Es fragt nicht: »Wie werden die RLV-Sätze etwas angehoben?« Es fragt: »Warum gibt es überhaupt RLV?«

Wenn Ärzteorganisationen, Pflegeverbände, Arbeitgeber und Patientenorganisationen diese Frage gemeinsam stellen — gestützt auf die Zahlen in diesem Papier — wird es schwer sein, ihnen zu antworten. Die einzigen, denen das Modell schadet, sind private Klinikkonzerne, globale Pharmaunternehmen, die deutsche Spitzenpreise verteidigen, und die Leitungsebene von 94 Kassenverwaltungen. Diese Gruppen werden lautstark dagegen sein. Fragen Sie bei jedem Gegenargument, das Sie hören: Wer bezahlt den, der es vorträgt?

Das vollständige Konzeptpapier mit allen Quellen und Modellrechnungen: »Strukturreform der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung (Konzeptpapier und Reformgutachten)«

Arbeitspapier »Die Unbequemen« · Juni 2026