

Strukturreform der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung

Errichtung einer bundesweiten Einheitskasse mit Vollversorgung,
Generationsfonds und dauerhaft stabilem Beitragssatz

Konzeptpapier und Reformgutachten

— geeignet als fachliche Grundlage eines Referentenentwurfs —

Arbeitspapier aus dem Argumentarium »Die Unbequemen« · Juni 2026

Alle Angaben mit Inline-Quellennachweis. Eigene Modellrechnungen sind durchgängig als [Modellrechnung] gekennzeichnet.

Kurzfassung für Entscheidungsträger

Das deutsche Gesundheits- und Pflegesystem steht vor einer strukturellen Finanzierungskrise. Die gesetzliche Krankenversicherung schloss das Jahr 2024 mit einem Defizit von 6,2 Milliarden Euro ab (BMG, Vorläufige Finanzergebnisse der GKV 2024, Pressemitteilung vom 07.03.2025). Die Ausgaben wachsen seit zwei Jahren um 7,8 Prozent jährlich, die Beitragseinnahmen nur um 5,3 Prozent (BMG, Finanzentwicklung der GKV 2025, Meldung vom 10.03.2026). Ohne Strukturreform steigt der kombinierte Beitragssatz aus Kranken- und Pflegeversicherung von heute 21,1 Prozent auf rund 29 Prozent im Jahr 2040 (Herleitung: BMG-Schätzerkreis-Trend für die GKV; WIP-Kurzanalyse »Zur Zukunftsfähigkeit der Sozialen Pflegeversicherung«, Mai 2024, für die Pflege).

Dieses Papier legt ein Reformmodell vor, das diese Entwicklung umkehrt: die Zusammenführung aller gesetzlichen Krankenkassen und der sozialen Pflegeversicherung in eine einzige, nicht profitorientierte Einheitskasse, verbunden mit einer Gesundheitsinfrastrukturgesellschaft, einem kapitalgedeckten Generationsfonds und einem dauerhaft stabilen kombinierten Beitragssatz von 20,5 Prozent bei gleichzeitiger Vollversorgung ohne Zuzahlungen.

Die Finanzierung beruht auf vier Säulen: (1) der korrekten steuerlichen Finanzierung versicherungsfremder Leistungen im Umfang von rund 58 Milliarden Euro jährlich, von denen heute nur 14,5 Milliarden durch den Bundeszuschuss gedeckt sind (IMK/IGES-Studie, Hans-Böckler-Stiftung, Dezember 2025; Bundeshaushalt, Einzelplan 15); (2) der Integration der Beamtenschaft in das Solidarsystem, finanziert aus der entfallenden Beihilfe von rund 20 Milliarden Euro jährlich (Gutachten des Wissenschaftlichen Dienstes des Bundestags, 2025); (3) Strukturkonsolidierung und Einkaufsmacht; (4) Kapitalbildung in einem Generationsfonds nach norwegischem Vorbild.

Sämtliche Status-quo-Daten dieses Papiers entstammen amtlichen Quellen und sind einzeln nachgewiesen. Sämtliche Projektionen und Einsparrechnungen sind als eigene Modellrechnungen gekennzeichnet und mit ihren Annahmen offengelegt. Das Papier verspricht keine Einsparungen, bevor sie realisiert sind; die Übergangskosten von rund 5 Milliarden Euro werden offen ausgewiesen.

Grundlegung: Warum Gesundheit kein Handelsgut ist

Gesundheit ist kein Gut wie andere. Das Grundgesetz verankert das Recht auf körperliche Unversehrtheit in Artikel 2 Absatz 2 — und das Bundesverfassungsgericht hat daraus eine staatliche Schutzpflicht abgeleitet, die nicht von Einkommen, Wohnort oder Kassenzugehörigkeit abhängen darf. Diese Schutzpflicht ist kein politisches Programm. Sie ist geltendes Recht.

Ökonomisch ist Gesundheit ein Marktversagen per Definition: Wer krank ist, kann nicht warten, vergleichen oder verzichten — die Grundvoraussetzungen funktionierender Märkte existieren nicht. Wer Gesundheit dennoch zum Handelsgut macht, verlagert das Defizit nicht weg, er verlagert es nur — von Bilanzen auf Patienten, von Renditereports auf Pflegemangel, von Aktionärgewinnen auf Steuerzahler und Beitragszahler. Die Rendite privater Klinikkonzerne ist nicht erwirtschaftet. Sie ist umverteilt.

Philosophisch folgt daraus eine Konsequenz, die Immanuel Kant so formuliert hätte: Ein System, das den Menschen zum Mittel der Gewinnerzielung macht, verletzt seine Würde als Zweck an sich selbst — nicht abstrakt, sondern konkret in jedem Moment, in dem eine Behandlungsentscheidung von einer Fallpauschale abhängt statt von einer medizinischen Indikation.

Humanitär ist die Konsequenz schlicht: Ein Mensch der keine Brille bekommt weil er sie sich nicht leisten kann, ein Kind das keine Therapie bekommt weil die Warteliste zu lang ist, ein alter Mensch der mit schlechten Hörgeräten seine Familie nicht mehr versteht — das ist kein Systemfehler am Rand. Das ist das System. Jeder dieser Menschen hat ein Grundrecht. Das System schuldet ihm seine Erfüllung.

Dieses Papier beschreibt, was es kostet dieses System zu behalten. Und was es kostet, es zu beenden. Beide Rechnungen liegen offen.

Teil A: Problembeschreibung — Der Zustand des Systems

A.1 Die Finanzlage der GKV: Ein strukturelles Defizit

Die gesetzliche Krankenversicherung versichert rund 74,5 Millionen Menschen. Im Jahr 2024 standen Einnahmen von 320,6 Milliarden Euro Ausgaben von 326,9 Milliarden Euro gegenüber — ein Defizit von 6,2 Milliarden Euro. Die Finanzreserven der Kassen sanken zum Jahresende 2024 auf 2,1 Milliarden Euro und damit unter die Hälfte der gesetzlichen Mindestreserve.

Quelle: BMG, Vorläufige Finanzergebnisse der GKV für das Jahr 2024, Pressemitteilung vom 07.03.2025.

Der durchschnittliche Zusatzbeitrag stieg von 1,7 Prozent (2024) über 2,9 Prozent (2025) auf 3,13 Prozent zum 1. Januar 2026. Die Ausgaben der Kassen stiegen 2025 um 7,8 Prozent, die Beitragseinnahmen nur um 5,3 Prozent. Das Bundesgesundheitsministerium selbst erwartet ab 2027 jährliche Finanzierungslücken in zweistelliger Milliardenhöhe.

Quelle: BMG, Finanzentwicklung der GKV im 1.–4. Quartal 2025, Meldung vom 10.03.2026; BMG, Gesetzentwurf GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz, Kabinettsfassung April 2026.

Die politische Antwort folgt seit zwei Jahrzehnten demselben Muster: Beitragssatzerhöhungen, punktuelle Bundeszuschüsse, stille Leistungsbegrenzungen — bei unveränderten Strukturen. Dieses Papier begründet, warum die umgekehrte Reihenfolge geboten ist: zuerst die Strukturen, dann die Finanzströme, zuletzt — und nur falls dann noch nötig — die Beiträge.

A.2 Kassenpluralität ohne Produktwettbewerb

Deutschland unterhielt im Jahr 2024 94 gesetzliche Krankenkassen (2025: 93) mit 132.250 Vollzeitstellen und Netto-Verwaltungskosten von 12,6 Milliarden Euro.

Quelle: GKV-Spitzenverband, Fokus: Verwaltungskosten und Anzahl der Krankenkassen, Stand Mai 2026; BMG, Statistik KG1 2024.

Der Leistungskatalog ist zu rund 95 Prozent gesetzlich identisch; Mitgliedschaft ist Pflicht. Wettbewerb findet faktisch über Marketingbudgets, Bonusprogramme und Zusatzbeitragsdifferenzen von Zehntelprozentpunkten statt — nicht über das Produkt. Demgegenüber verwaltet die Deutsche Rentenversicherung die Renten von 57 Millionen Versicherten und die Bundesagentur für Arbeit die Arbeitslosenversicherung jeweils als Einheitsträger, ohne dass dies als Mangel an Wettbewerb gewertet würde.

Zur fairen Einordnung der Gegenposition: Die Bundesregierung hat auf eine Bundestagsanfrage im Januar 2025 erklärt, eine Zusammenlegung von Krankenkassen führe nicht zu höherem Einsparpotenzial bei den Verwaltungskosten; der GKV-Spitzenverband verweist darauf, dass empirisch kein eindeutiger Zusammenhang zwischen Kassengröße und Verwaltungsausgaben je Versicherten besteht. Dieses Papier teilt diese Einschätzung für die reine Pro-Kopf-Verwaltungskostenbetrachtung — die Konsolidierungsrendite des Modells speist sich jedoch nicht aus Skaleneffekten der Sachbearbeitung, sondern aus dem Wegfall systembedingter Redundanzen: 94 IT-Landschaften, 94 Vorstands- und Aufsichtsstrukturen, Marketingaufwendungen und parallele Filialnetze in denselben Städten.

Quelle: Bundesregierung, Antwort auf Bundestagsanfrage, Januar 2025 (zit. n. BKK-Dachverband); GKV-Spitzenverband, a.a.O.

[Modellrechnung] Konsolidierungsvolumen rund 4 Milliarden Euro jährlich. Eigene Rechnung auf Basis: vollständiger Wegfall der Marketing- und Mitgliederwerbungsaufwendungen, Konsolidierung der IT-Landschaften auf eine Plattform, Abbau redundanter Immobilien, Zusammenführung der Back-Office-Funktionen. Ausdrücklich ohne betriebsbedingte Kündigungen; die natürliche Fluktuation in einer Verwaltung mit 132.000 Beschäftigten übersteigt den Konsolidierungsbedarf. Die Annahmen sind vollständig in Abschnitt A.2 dieses Papiers dargelegt; eine Aufschlüsselung nach Einzelposten ist für die Begründung zu Artikel 1 des Begleitgesetzes (GKV-SRG) vorgesehen.

A.3 Versicherungsfremde Leistungen: Systematische Lastenverschiebung

Die GKV erbringt jährlich Leistungen im Umfang von knapp 58 Milliarden Euro, die vollständig oder anteilig versicherungsfremd sind — also gesamtgesellschaftliche Aufgaben darstellen, etwa die beitragsfreie Familienversicherung von Kindern oder Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft. Dem steht ein pauschaler Bundeszuschuss von lediglich 14,5 Milliarden Euro gegenüber, der seit 2017 nicht dynamisiert wurde.

Quelle: IGES-Institut im Auftrag des IMK (Hans-Böckler-Stiftung), Studie zu versicherungsfremden Leistungen, Dezember 2025; Bundeshaushalt 2024, Einzelplan 15; Bundestag, hib-Meldung zum Gesundheitsetat.

Die Differenz von rund 43,5 Milliarden Euro jährlich tragen die Beitragszahler. Der Bundesrat hat die Bundesregierung mit einer EntschlieÙung ausdrücklich aufgefordert, gesamtgesellschaftliche und damit versicherungsfremde Leistungen vollständig aus Bundesmitteln zu finanzieren.

Der dokumentierte Extremfall: Bürgergeldbeziehende

Für Bürgergeldbeziehende zahlte der Bund 2024 eine Monatspauschale von 119,60 Euro je Person an die GKV (2025: 133,17 Euro; 2026: 144 Euro). Ein Gutachten des IGES-Instituts im Auftrag des GKV-Spitzenverbands hat ermittelt, dass eine kostendeckende Pauschale bereits für das Jahr 2022 — bei damals gezahlten 108,48 Euro — 311,45 Euro hätte betragen müssen; die Deckungsquote lag bei 39 Prozent. Die Techniker Krankenkasse beziffert die aktuelle Deckung auf rund ein Drittel der tatsächlichen Kosten und das daraus resultierende jährliche Defizit auf rund zwölf Milliarden Euro. Die Krankenkassen haben den GKV-Spitzenverband inzwischen bevollmächtigt, gegen die Bundesrepublik Deutschland auf kostendeckende Zuweisungen zu klagen.

Quelle: Bundesregierung, Antwort auf Kleine Anfrage, BT-Drucksache 20/11472 vom 21.05.2024 (Pauschale 2024: 119,60 Euro); IGES-Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbands (kostendeckende Pauschale 2022: 311,45 Euro, Deckungsquote 39 Prozent); Techniker Krankenkasse, Presse & Politik: Krankenkassenbeiträge und Bürgergeld, Stand April 2026 (Pauschale 2026: 144 Euro; Defizit rund 12 Mrd. Euro jährlich; Klage über GKV-SV).

Diese Unterdeckung ist ökonomisch nichts anderes als eine versteckte Steuer auf Arbeitseinkommen: Der Bund entlastet seinen Haushalt, indem er eine staatliche Aufgabe den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten und ihren Arbeitgebern zuweist. Wer über zu hohe Lohnnebenkosten klagt und diese Lastenverschiebung zugleich verteidigt, führt keine konsistente Debatte.

A.4 Ambulante Versorgung: Budgetierung als Konstruktionsfehler

Die vertragsärztliche Vergütung betrug 2024 rund 50,3 Milliarden Euro und ist damit nach Krankenhaus- und Arzneimittelausgaben der drittgrößte Leistungsblock der GKV.

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

Über Regelleistungsvolumina und Budgetierung werden erbrachte ärztliche Leistungen teilweise nicht oder nur abgestaffelt vergütet. Nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung summiert sich die erbrachte, aber nicht vergütete Leistung der Praxen auf rund 2,3 Milliarden Euro jährlich; eine unabhängige Verifikation dieser Größenordnung liegt nicht vor, der Mechanismus der Budgetierung selbst ist jedoch gesetzlich kodifiziert und unstrittig. Hinzu kommt ein Verwaltungsaufwand, der nach verbreiteten Branchenschätzungen 30 bis 40 Prozent der ärztlichen Arbeitszeit bindet — bedingt durch die parallelen Abrechnungs-, Prüf- und Formularregime der Kassen.

Quelle: KBV-Verlautbarungen zur Budgetierung (Eigenangabe des Berufsstands, als solche gekennzeichnet); Branchenschätzungen zum Verwaltungsanteil der Arbeitszeit.

Die Folgen sind dokumentiert: Praxisschließungen ohne Nachfolge, sinkende Niederlassungsbereitschaft, regionale Unterversorgung. Der Landarztmangel ist das vorhersehbare Resultat einer Anreizstruktur, die ein sechsstelliges Investitionsrisiko mit teilweiser Nichtvergütung erbrachter Arbeit kombiniert.

A.5 Krankenhauswesen: Kapazität, Trägerstruktur, Abrechnungsanreize

Deutschland betrieb 2024 1.841 Krankenhäuser mit 472.851 aufgestellten Betten bei einer durchschnittlichen Bettenauslastung von 72,0 Prozent. Im europäischen Vergleich hält Deutschland weiterhin die höchste Bettendichte.

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), Krankenhausstatistik 2024, Pressemitteilung Nr. 398 vom 06.11.2025.

Die Trägerstruktur: 738 Häuser (40,1 Prozent der Einrichtungen) befinden sich in privater Trägerschaft — diese stellen jedoch nur 20,9 Prozent der aufgestellten Betten, da private Häuser im Durchschnitt deutlich kleiner sind. 575 Häuser sind freigemeinnützig, 528 öffentlich. Die wirtschaftliche Lage divergiert nach Trägerschaft erheblich: Während private Träger Renditen erwirtschaften, schreiben gemeinnützige Häuser mehrheitlich und öffentliche Häuser ganz überwiegend Verluste.

Quelle: Destatis, a.a.O. (Trägerzahlen, Bettenanteile); Trägerverbands- und Rechnungshofberichte zur Ertragslage.

Abrechnungsqualität im DRG-System

Bis zur MDK-Reform 2020 beanstandete der Medizinische Dienst mehr als die Hälfte der geprüften Krankenhausrechnungen — praktisch durchgängig zugunsten der Krankenhäuser; allein 2017 flossen 2,8 Milliarden Euro an Rückzahlungen an die Kassen. Seit Einführung gesetzlicher Prüfquoten (§ 275c SGB V) ist die Zahl der Prüfungen drastisch begrenzt; die Erstattungsbeträge haben sich dadurch etwa halbiert, was der GKV nach Verbandsangaben rund eine Milliarde Euro jährlich entzieht — nicht, weil weniger falsch abgerechnet würde, sondern weil weniger geprüft werden darf.

Quelle: MDS-Jahresberichte (Beanstandungsquoten bis 2019; Rückzahlungen 2017: 2,8 Mrd. Euro); § 275c SGB V (Prüfquoten); IKK e.V., Pressemitteilung vom 25.06.2024 (halbierte Erstattungsbeträge, ca. 1 Mrd. Euro Mindererlös).

Systematisches Höherkodieren ist in einem Fallpauschalensystem mit Gewinnerzielungsabsicht kein Betriebsunfall, sondern betriebswirtschaftlich rationales Verhalten. Es lässt sich durch Prüfung begrenzen, aber nur durch Beseitigung des Anreizes beenden.

A.6 Arzneimittel: Höchstpreise im größten Markt Europas

Die GKV-Ausgaben für Arznei- und Verbandmittel erreichten 2024 mit 61,6 Milliarden Euro einen Rekordwert — ein Anstieg um 9,2 Prozent binnen eines Jahres. Die zehn umsatzstärksten Einzelprodukte vereinten bei rund einem Prozent der abgegebenen Packungen über elf Prozent der Ausgaben auf sich; die Durchschnittspreise je Packung im Patentmarkt stiegen zwischen 2015 und 2024 von 4.100 auf 7.700 Euro.

Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Arzneimittel-Kompass 2025, Dezember 2025; IGES-Institut, Arzneimittel-Atlas 2025.

Die Techniker Krankenkasse hat 2026 anhand der internationalen Preisdatenbank NAVLIN errechnet, dass Deutschland bei Anwendung der Preise des jeweils günstigsten Vergleichslandes (u. a. Norwegen, Japan, Südkorea) jährlich 4,73 Milliarden Euro einsparen könnte; einzelne Präparate sind im Ausland bis zu 76 Prozent günstiger. Diese Berechnung ist eine Branchenanalyse und nicht unabhängig begutachtet; sie wird hier als solche gekennzeichnet verwendet. Unstreitig ist der Befund der Preisdivergenz dem Grunde nach: Internationale Referenzpreissysteme sind in Norwegen, Japan, Südkorea und den Niederlanden etablierte Praxis.

Quelle: Techniker Krankenkasse, NAVLIN-Preisanalyse 2026 (Branchenstudie, nicht peer-reviewed — als Quellencharakter offengelegt).

A.7 Prävention: Strukturelle Unterinvestition

Die direkten Krankheitskosten betragen 2023 insgesamt 491,6 Milliarden Euro; Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursachen davon allein 46,4 Milliarden Euro jährlich. Dem stehen GKV-Präventionsausgaben nach § 20 SGB V von 9,21 Euro je Versicherten und Jahr gegenüber.

Quelle: Destatis, Krankheitskostenrechnung 2023; GKV-Präventionsbericht (Ausgaben nach § 20 SGB V).

Der Befund hat eine systemische Ursache: Im Kassenwettbewerb ist Prävention betriebswirtschaftlich unattraktiv, weil der Versicherte die Kasse wechseln kann, bevor sich die Investition amortisiert. Nur ein Einheitsträger internalisiert den vollen ökonomischen Ertrag vermiedener Erkrankungen.

A.8 Pflegeversicherung: Die belegte Beitragstrajektorie

Die soziale Pflegeversicherung gab 2024 rund 63,3 Milliarden Euro aus und schloss mit einem Defizit von etwa 1,5 Milliarden Euro; der Beitragssatz wurde 2025 auf 3,6 Prozent angehoben. Das Wissenschaftliche Institut der PKV — als Interessenorgan der Privatversicherungswirtschaft hier ausdrücklich als solches benannt, dessen Trendrechnung gleichwohl methodisch transparent ist — projiziert bei Fortschreibung des 20-Jahres-Trends für Kinderlose einen Beitragssatz von 5,9 Prozent im Jahr 2030 und 9,2 Prozent im Jahr 2040.

Quelle: BMG, SPV-Finanzberichte 2024/2025; WIP-Kurzanalyse »Zur Zukunftsfähigkeit der Sozialen Pflegeversicherung«, Mai 2024 (Werte 5,9 %/9,2 % bestätigt u. a. in: Deutsches Ärzteblatt, 13.05.2024).

Hinzu tritt die künstliche Systemtrennung von Gesundheit und Pflege: zwei Kassen, zwei Beitragssätze, zwei Antragswege für denselben Menschen, dessen Bedarfe medizinisch untrennbar sind. Jede Schnittstelle kostet Verwaltungsaufwand und Versorgungsqualität.

A.9 Eigenanteile und unsichtbare Rationierung

Gesetzlich Versicherte tragen erhebliche private Zuzahlungen — insbesondere für Zahnersatz

(Festzuschuss deckt 60 bis 75 Prozent der einfachsten Regelversorgung, §§ 55 ff. SGB V), Sehhilfen (für Erwachsene im Regelfall vollständig privat), Hörgeräte (Festbetrag rund 685 Euro bei Marktpreisen qualitativ angemessener Geräte von 2.000 bis 5.000 Euro) und Hilfsmittel. Der Generali-Zuzahlungsreport beziffert die durchschnittliche jährliche Eigenbelastung auf rund 1.500 Euro je Person; diese Zahl entstammt einer Versicherungs-Branchenstudie und wird hier als Größenordnungsindiz, nicht als amtlicher Wert geführt.

Quelle: SGB V §§ 55–57 (Festzuschüsse Zahnersatz); GKV-Hilfsmittelverzeichnis (Festbeträge); Generali-Zuzahlungsreport (Branchenstudie — Quellencharakter offengelegt).

Die Rationierung über Zeit ist amtlich besser dokumentiert: Die durchschnittliche Wartezeit auf einen ambulanten Psychotherapieplatz beträgt rund 26 Wochen; psychische Erkrankungen sind mit 42 Prozent die häufigste Ursache für Frühverrentungen.

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

A.10 Beihilfe: Das steuerfinanzierte Parallelsystem

Rund 3,3 Millionen aktive Beamtinnen und Beamte aller staatlichen Ebenen (einschließlich Richtern und Soldaten) sind über Beihilfe plus private Krankenversicherung abgesichert. Die Beihilfeausgaben des Bundes betragen 2024 rund 6,6 Milliarden Euro — knapp 15 Prozent mehr als 2022; die Länder wendeten 13,8 Milliarden Euro auf (2022: 11,3 Milliarden). Über alle Ebenen summiert sich die Beihilfe auf gut 20 Milliarden Euro jährlich, mit eingebautem Wachstum durch die auf 70 Prozent steigende Beihilfequote im Ruhestand und die beginnende Pensionierungswelle.

Quelle: Gutachten des Wissenschaftlichen Dienstes des Deutschen Bundestags zu Beihilfeausgaben, 2025 (Bund 2024: 6,6 Mrd. Euro, +15 % seit 2022; Länder: 13,8 Mrd. Euro).

Damit stehen ausgerechnet die Beschäftigten des Staates — durch Gesundheitsprüfung bei Verbeamtung überdurchschnittlich gesund, überdurchschnittlich sicher beschäftigt — außerhalb des Solidarsystems, das derselbe Staat allen anderen verordnet. Neun Bundesländer haben mit der pauschalen Beihilfe (Hamburger Modell, seit 2018) den ersten Schritt der Korrektur bereits vollzogen.

Teil B: Projektion — Deutschland 2040 ohne Reform

Die Fortschreibung des Status quo ergibt keine Stagnation, sondern eine Eskalation. Die Treiber sind demografisch determiniert: Die Babyboomer-Jahrgänge erreichen bis Mitte der 2030er Jahre vollständig das Rentenalter und ab 2035/2040 das Alter hoher Pflege- und Krankheitswahrscheinlichkeit, während die Zahl der Beitragszahler schrumpft.

| Größe | 2024 | 2030 | 2040 | Quelle |
|-------------------------------------|------------|------------|-----------------------|--------------------------------------|
| GKV-Beitragssatz gesamt | 17,5 % | ~18,5 % | ~20 % | BMG/Schätzerkreis-Trend |
| Pflege-Beitragssatz (Kinderlose) | 4,0 % | 5,9 % | 9,2 % | WIP-Kurzanalyse Mai 2024 |
| Kombinierter Satz | 21,1 % | ~24,4 % | ~29 % | Addition der Vorwerte |
| GKV-Finanzierungslücke p. a. | 6,2 Mrd. € | ~40 Mrd. € | offen | BMG / Finanzkommission Gesundheit |
| Fehlende Pflegekräfte | — | — | bis 350.000 (2034) | Destatis-Modellrechnung |

Was 29 Prozent konkret bedeuten: Ein Durchschnittsverdiener mit 3.500 Euro brutto trägt heute einen Arbeitnehmeranteil von 369 Euro monatlich. Bei unveränderten Strukturen wären es 2040 rund 511 Euro — 142 Euro mehr je Monat, gespiegelt beim Arbeitgeber. Die Sozialabgabenquote insgesamt nähert sich der Marke von 50 Prozent, vor der der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung ausdrücklich warnt.

[Modellrechnung] Die Beitragstrajektorie 2030/2040 ist eine lineare Fortschreibung der von BMG, GKV-Spitzenverband, WIP und Sachverständigenrat selbst veröffentlichten Trends. Sie ist keine Worst-Case-Annahme, sondern der Erwartungswert bei unveränderter Politik.

Teil C: Das Reformmodell — Zwölf Bausteine

Das Modell besteht aus zwölf ineinandergreifenden Bausteinen. Grundprinzipien: keine Enteignung, keine Zwangsverstaatlichung der Leistungserbringung, kein Leistungsabbau — sondern Strukturbereinigung, korrekte Lastenzuordnung und Nutzung von Größenvorteilen. Jeder Baustein ist einzeln gerechnet; sämtliche Wirkungsbeträge sind eigene Modellrechnungen und als solche gekennzeichnet. Die Status-quo-Ausgangsdaten jedes Bausteins sind dagegen amtlich belegt (Teil A).

Baustein I: Die Einheitskasse

Alle gesetzlichen Krankenkassen werden in einer bundesweiten Körperschaft des öffentlichen Rechts zusammengeführt: eine IT-Plattform, ein Abrechnungssystem, eine Mitgliederverwaltung; keine Marketingbudgets, kein paralleles Filialnetz. Die Governance ist gegen Vereinnahmung konstruiert: Der Verwaltungsrat besteht zu 45 Prozent aus Vertretern des Staates, zu 45 Prozent aus Vertretern der Sozialpartner und Leistungserbringer und zu 10 Prozent aus Unparteiischen. Keine Seite kann allein entscheiden.

[Modellrechnung] Wirkung: +4,05 Mrd. Euro jährlich. Annahmen: Wegfall Marketing/Mitgliederwerbung; IT-Konsolidierung auf eine Plattform; Abbau redundanter Immobilien; Zusammenführung Back-Office. Ohne betriebsbedingte Kündigungen (Fluktuation > Konsolidierungsbedarf). Gegenposition der Bundesregierung (Jan. 2025) zur Pro-Kopf-Verwaltungskostenneutralität von Fusionen ist in A.2 offengelegt; die hier angesetzte Rendite beruht nicht auf Pro-Kopf-Effekten, sondern auf Redundanzabbau.

Baustein II: Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen

Was gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, finanziert die Gesamtgesellschaft aus Steuern. Der belegte Gesamtrahmen: knapp 58 Milliarden Euro versicherungsfremde Leistungen jährlich bei nur 14,5 Milliarden Euro Bundeszuschuss (IMK/IGES 2025; Bundeshaushalt). Die Einzelkomponenten des Modells:

Erstens, Bürgergeldbeziehende: Anhebung der Bundespauschale von 144 Euro (2026) auf kostendeckende Sätze. Die belegte Referenz: 311,45 Euro kostendeckend bereits für 2022 (IGES-Gutachten für den GKV-SV); die TK beziffert die heutige Deckung auf rund ein Drittel. Bei rund 3,2 Millionen pauschalpflichtigen Personen entspricht die Schließung der Lücke der von den Kassen selbst bezifferten Größenordnung von 10 bis 12 Milliarden Euro jährlich. Zweitens, Kinder: Übernahme der heute beitragsfreien Mitversicherung durch den Bund mit einem Satz von 250 Euro je Kind und Monat. Drittens, Schwangerschaft und Mutterschaft: vollständige Steuerfinanzierung. Viertens, Anhebung des Mindestbeitrags freiwillig Versicherter.

Quelle: IGES-Gutachten für den GKV-Spitzenverband (311,45 Euro / 39 % Deckung, Bezugsjahr 2022); TK, Presse & Politik, April 2026 (Defizit ~12 Mrd. Euro; Klage); BT-Drucksache 20/11472 (Pauschalhöhe).

[Modellrechnung] Gesamtwirkung: +55,55 Mrd. Euro jährlich. Davon Bürgergeld-Komponente ~14,75 Mrd. (Basis: belegte Unterdeckung 10–12 Mrd. zzgl. Dynamik), Kinder-Komponente ~36 Mrd. (eigene Hochrechnung: 250 Euro × mitversicherte Kinder), Mutterschaft ~3,8 Mrd., Mindestbeitrag ~1 Mrd. Einordnung: Dieser Baustein ist keine Effizienzrendite, sondern eine Finanzierungsumschichtung von Beiträgen auf Steuern — die Beendigung einer Falschbuchung. Die haushaltspolitische Gegenfinanzierung wird in Teil F behandelt; das Papier verschweigt nicht, dass diese Mittel im Bundeshaushalt aufgebracht werden müssen.

Baustein III: Faire Ärztevergütung und 500 Polikliniken

Die Budgetierung (Regelleistungsvolumina) wird abgeschafft: Jede erbrachte und indizierte Leistung wird vollständig vergütet. Ergänzend entstehen 500 Polikliniken im ländlichen Raum unter teilstaatlicher Trägerschaft (51 Prozent Staat) mit angestellten Ärztinnen und Ärzten nach TVÖD — Niederlassung ohne Praxisinvestitionsrisiko, mit geregelten Arbeitszeiten. Unnötig stationär erbrachte Leistungen werden ambulantisiert.

[Modellrechnung] Nettowirkung: –3,4 Mrd. Euro jährlich (bewusste Investition). Komponenten: Budgetierungsabschaffung ~6 Mrd. Kosten (Basis: KBV-Angabe 2,3 Mrd. nicht vergüteter Leistungen zzgl. Dynamisierung und Abstaffelungsausgleich — KBV-Eigenangabe als solche gekennzeichnet); Polikliniken netto ~0,9 Mrd. (78 % Deckung durch reguläre Vergütung — eigene Projektion); Ambulantisierungsertrag ~3,5 Mrd. (eigene Projektion auf Basis der Destatis-Auslastungs- und Verweildauerdaten).

Baustein IV: Automatisierte Antragsverwaltung

Die Einheitskasse verarbeitet rund 150 Millionen Verwaltungsvorgänge jährlich. Drei unabhängige ML-Modelle bewerten Routineanträge parallel; bei Einstimmigkeit erfolgt sofortige Genehmigung, bei Dissens prüft ein Mensch. Ablehnungen werden niemals vollautomatisch ausgesprochen; die Letztverantwortung liegt stets bei Menschen. Dies entspricht den Anforderungen von Art. 22 DSGVO und den Vorgaben der KI-Verordnung der EU für Hochrisikosysteme.

[Modellrechnung] Wirkung: +1,8 Mrd. Euro jährlich netto. Annahme: 75 % der Routinevorgänge automatisierbar — internationale Verwaltungsbenchmarks stützen die Größenordnung, die Übertragung auf die GKV ist eigene Projektion. Personalkapazität wird über Fluktuation umgeschichtet, nicht abgebaut.

Baustein V: Krankenhausreform ohne Enteignung

Kein Haus wird verstaatlicht. Eine nicht profitorientierte Gesundheitsinfrastrukturgesellschaft (im Folgenden: Gesundheits-GmbH) entsteht als freiwillige Trägerin: Private Träger können verkaufen (Kauffonds); gemeinnützige Träger können ihre Häuser einbringen und werden vom strukturellen Verlustbringer zum gesicherten Netzpartner. Investiert wird in Zwei-Bett-Zimmer als Standard, Pflegegehälter nach TVöD und den Abbau des Investitionsstaus. Abrechnungsbetrag wird konsequent strafrechtlich verfolgt. Die Kapazitätsplanung erfolgt nach regionalem Bedarf — nationale Überkapazität (72 % Auslastung) und lokale Überlastung existieren gleichzeitig und werden adressiert.

[Modellrechnung] Nettowirkung: +1,7 Mrd. Euro jährlich. Komponenten (sämtlich eigene Schätzung): Wegfall Gewinnextraktion ~1,5 Mrd.; strukturelle Beseitigung des Upcoding-Anreizes zzgl. ML-Erkennung ~2,8 Mrd. (Plausibilitätsanker: 2,8 Mrd. Rückzahlungen allein 2017 bei nur teilweiser Prüfung — MDS); Sanierung gemeinnütziger Verluste ~0,8 Mrd.; Netzwerksynergien ~0,8 Mrd.; abzüglich Investitionen in Würde und Personal (Zwei-Bett-Standard ~0,5 Mrd.; TVöD-Pflegegehälter ~1,5 Mrd.; Investitionsstau ~1,5 Mrd.).

Baustein VI: Integration der Beamtenschaft

Die PKV bleibt als Versicherungsform bestehen. Wer jedoch sein Einkommen vollständig aus Steuermitteln bezieht — Beamte, Richter, Soldaten, Professoren — wird für Neuverbeamtungen Mitglied des Solidarsystems; der Dienstherr trägt den Arbeitgeberanteil, finanziert aus der entfallenden Beihilfe von gut 20 Milliarden Euro jährlich (Wissenschaftlicher Dienst des Bundestags, 2025). Bestandsbeamte genießen Vertrauensschutz mit freiwilligem Wechselrecht; PKV-Bestandsversicherte erhalten ein dauerhaftes Eintrittsrecht ohne Gesundheitsprüfung; PKV-Unternehmen können Bestände institutionell migrieren, Altersrückstellungen fließen mit.

[Modellrechnung] Nettowirkung: +10 Mrd. Euro jährlich im Endausbau. Komponenten: Beitragseinnahmen ~31 Mrd. (Hochrechnung aus Besoldungsstruktur); zusätzliche Gesundheitskosten der Gruppe ~22 Mrd. (Hochrechnung; die Gruppe ist risikoärmer als der GKV-Durchschnitt — Gesundheitsprüfung bei Verbeamtung); PKV-Wechslerseffekt ~1 Mrd. Eine unabhängige aktuarielle Validierung dieser Hochrechnung wird für das Gesetzgebungsverfahren ausdrücklich empfohlen (vgl. Teil E).

Baustein VII: Arzneimittelpreise

Einführung internationaler Referenzpreise nach dem Vorbild Norwegens, Japans und Südkoreas; Bündelung der Nachfrage von 74,5 Millionen Versicherten in einer Verhandlungseinheit; konsequente Generika- und Biosimilar-Substitution; zentraler Klinikeinkauf über die Gesundheits-GmbH.

[Modellrechnung] Nettowirkung: +9 Mrd. Euro jährlich. Komponenten: Referenzpreise +4,73 Mrd. (TK/NAVLIN 2026 — Branchenstudie, als solche gekennzeichnet); Monopson-Effekt +2,5 Mrd. (eigene Schätzung; ökonomische Begründung in Teil D); Generika/Biosimilar +1,5 Mrd. (eigene Schätzung); Klinikeinkauf +1 Mrd. (eigene Schätzung); Gegenposten Versorgungssicherheit/Administration -0,7 Mrd.

Baustein VIII: Prävention

Die Präventionsausgaben werden vom heutigen Niveau (9,21 Euro je Versicherten; GKV-Präventionsbericht) auf rund das Vierfache angehoben: datengestützte Früherkennung über den einheitlichen Versichertenbestand, Polikliniken als Präventionszentren, verpflichtende betriebliche Gesundheitsförderung ab 50 Mitarbeitern, Verhältnisprävention. Das Modell verspricht ausdrücklich keine kurzfristigen Erträge: Prävention ist eine Investition mit 8- bis 15-jährigem Rückfluss.

[Modellrechnung] Wirkung: -3 Mrd. Euro jährlich kurzfristig; +7 Mrd. Euro jährlich netto ab etwa Jahr 10. Langfristkomponenten (eigene Projektion auf Basis skandinavischer Referenzentwicklungen bei schweren Herzerkrankungen): Herz-Kreislauf ~5 Mrd.; Adipositas-Folgekosten ~3 Mrd.; Krankengeld ~2 Mrd. — brutto +10

Mrd., netto +7 Mrd. Erst die Einheitskasse macht diese Investition betriebswirtschaftlich rational (kein Kassenwechsel entwertet sie mehr).

Baustein IX: Gegenseitigkeitsvertrag Einheitskasse ↔ Gesundheits-GmbH

Einheitskasse und Gesundheits-GmbH schließen einen wechselseitigen Trage- und Garantievertrag: Die Kasse garantiert der GmbH stabile Finanzierung, die GmbH garantiert der Kasse vollständige Versorgung. Innerhalb des Netzes entfällt das DRG-Einzelabrechnungswesen zugunsten von Budgetfinanzierung. Die rechtliche Konstruktion, Haftungsfragen und beihilferechtliche Würdigung dieses Vertrags sind in Teil E und im Begleitdokument (Gesetzesentwurf, Artikel 4) ausgeführt — der Vertrag ist kein informelles Konstrukt, sondern gesetzlich kodifiziert.

[Modellrechnung] Wirkung: +1 Mrd. Euro jährlich. Komponenten (eigene Schätzung): Wegfall DRG-Einzelabrechnung im Netz +0,3 Mrd.; Finanzierungsvorteil durch Quasi-Staatsbonität +0,5 Mrd.; Stabilitätsgewinne +0,2 Mrd.

Baustein X: Übergangskosten — die österreichische Lektion

Österreich fusionierte 2020 neun Gebietskrankenkassen zur ÖGK und versprach eine »Patientenmilliarde« an Einsparungen; der österreichische Rechnungshof stellte stattdessen Mehrkosten von 215 Millionen Euro fest, der Personalstand stieg. Über die Kostenseite hinaus dokumentierte der Rechnungshof ausgebliebene Qualitätsverbesserungen und Steuerungsprobleme der fusionierten Kasse. Die Fehlerursachen sind benannt: überstürzter Zeitplan, Einsparversprechen ab Tag eins, fehlende IT-Migrationsplanung, nicht eingepreiste Leistungsharmonisierung. Dieses Modell zieht daraus vier Konsequenzen: offene Ausweisung aller Übergangskosten, Streckung über zehn Jahre, Finanzierung aus dem laufenden Reformüberschuss, und Einsparversprechen erst nach Realisierung.

Quelle: Österreichischer Rechnungshof, Prüfberichte zur ÖGK-Fusion (Mehrkosten 215 Mio. Euro; Personalentwicklung; Qualitäts- und Steuerungsbefunde).

[Modellrechnung] Übergangskosten: ~5 Mrd. Euro einmalig (eigene Skalierung der österreichischen Erfahrungswerte auf deutsche Systemgröße): IT-Migration über fünf Jahre ~2 Mrd.; Personalübergang/Qualifizierung ~1 Mrd.; Rechts-/Vertragsumbau ~0,5 Mrd.; Leistungsharmonisierung auf höchstem Niveau ~0,6 Mrd.; GmbH-Aufbau ~0,6 Mrd.; Sonstiges ~0,4 Mrd. Amortisiert: ~0,5 Mrd. jährlich über zehn Jahre.

Baustein XI: Vollversorgung

Aus dem Reformüberschuss wird der Leistungskatalog vervollständigt und die soziale Pflegeversicherung vollständig integriert — ein Mensch, ein Bedarf, eine Kasse, ein Versorgungspfad:

| Leistung | Heute | Neu | Kosten p. a. |
|--------------------|--|---------------------------------------|------------------------|
| Zahnersatz | 60–75 % Festzuschuss (§§ 55 ff. SGB V) | 100 % inkl. indizierter Implantate | 5,0 Mrd. € |
| Sehhilfen | nur Kinder/schwere Fälle | alle Versicherten, Standardversorgung | 1,5 Mrd. € |
| Hörgeräte | Festbetrag ~685 € | Vollversorgung qualitätsgesichert | 1,0 Mrd. € |
| Psychotherapie | Ø 26 Wochen Wartezeit | Behandlungsbeginn < 4 Wochen | 2,0 Mrd. € |
| Hilfsmittel | Festbeträge unter Marktpreis | Vollversorgung | 2,0 Mrd. € |
| Rehabilitation | kontingentiert | bedarfsgerecht | 2,5 Mrd. € |
| Pflege-Integration | getrennte Systeme | ein System | -3,0 Mrd. € (Synergie) |
| Netto | | | -11,0 Mrd. € |

[Modellrechnung] Sämtliche Kostenansätze der Leistungserweiterung sind eigene Schätzungen auf Basis der heutigen Versorgungslücken (Teil A.9); die Pflege-Synergie von 3 Mrd. beruht auf dem Wegfall doppelter Verwaltungs- und Schnittstellenstrukturen (eigene Schätzung).

Baustein XII: Generationsfonds und Ewigkeitsbeitrag

Der nach allen Bausteinen verbleibende Systemüberschuss wird nicht konsumiert, sondern nach dem Vorbild des norwegischen Staatsfonds kapitalisiert. Hinweis zur Phasenterminologie: Der Fonds kennt zwei eigene Phasen (Aufbau/Stabilisierung), die sich von den drei organisatorischen Umsetzungsphasen in Teil H und Artikel 8 des Begleitdokuments unterscheiden. Fondsphase 1 (Jahre 1–6, Aufbauphase): Der kombinierte Beitragssatz bleibt bei 21,1 Prozent; der volle Überschuss fließt in den Fonds. Fondsphase 2 (ab Jahr 7, Stabilisierungsphase): Absenkung auf dauerhaft 20,5 Prozent — zeitgleich mit dem Inkrafttreten von Artikel 5 § 4 Absatz 2 des GKV-SRG (Begleitdokument, Artikel 8 Absatz 4 Satz 2).

[Modellrechnung] Eigene Simulation. Annahmen: 3,5 % Realrendite (Vergleich: norwegischer Staatsfonds über 6 % nominal über Jahrzehnte inkl. aller Krisen); 17 Mrd. Euro Aufkommen je Beitragssatzpunkt; demografische Mehrkosten linear ansteigend auf 28 Mrd. Euro jährlich bis 2040. Ergebnis: Fondsstand Ende Jahr 5 ~257 Mrd.; Ende Jahr 6 ~304 Mrd. mit Rendite 10,6 Mrd. \geq Mehrkosten 10,5 Mrd. — Nachweis der dauerhaften Deckungsfähigkeit vor Inkrafttreten der Beitragssatzsenkung in Jahr 7; Jahr 15 ~873 Mrd. mit Rendite 30,5 Mrd. $>$ Mehrkosten 28 Mrd. 20,5 % ist der niedrigste Satz, bei dem die Fondsrendite die demografischen Mehrkosten ab Jahr 7 durchgängig deckt. Risikobetrachtung in Teil E.4; eine unabhängige actuarielle Prüfung der Simulation ist nach Artikel 5 § 3 Absatz 3 des GKV-SRG als gesetzliche Voraussetzung der Beitragssatzsenkung ausgestaltet.

Teil D: Begründung der Kernentscheidungen

D.1 Warum eine einzige Kasse?

Erstens: Eine Pflichtversicherung mit zu rund 95 Prozent gesetzlich identischem Leistungskatalog benötigt keinen Anbieterwettbewerb; Renten- und Arbeitslosenversicherung beweisen die Funktionsfähigkeit von Einheitsträgern seit Jahrzehnten. Zweitens: Verhandlungsmacht. Eine Kasse mit 74,5 Millionen Versicherten ist der größte einheitliche Gesundheitsnachfrager Europas. Drittens: Nur ein Einheitsträger internalisiert den vollen Präventionsertrag. Viertens: Ein Datenbestand statt 94 Silos — für Betrugserkennung, Versorgungsforschung, Früherkennung und Krisenreaktion. Fünftens: Für Leistungserbringer bedeutet eine Kasse einen Abrechnungsweg, einen Formularsatz, ein Prüferegime.

Zur ökonomischen Einordnung des Monopson-Arguments: Auch das bestehende AMNOG-Verfahren erzielt Verhandlungserfolge, und der wirksamste Hebel läge perspektivisch in europäischen Einkaufsmechanismen, wie die EU-Kommission sie für Teilsegmente aufbaut. Die Einheitskasse ersetzt diese Entwicklung nicht — sie verschafft Deutschland aber die Verhandlungsposition, die seiner Marktgröße entspricht, anstatt sie auf 94 Einzelakteure zu verteilen. Das Modell beansprucht hier bewusst nur einen moderaten Effekt (+2,5 Mrd. von über 61 Mrd. Gesamtausgaben, also rund 4 Prozent).

D.2 Warum Steuerfinanzierte in die GKV gehören

Das Konsistenzargument: Wer sein Gehalt vollständig aus Steuern bezieht, wird von der Solidargemeinschaft aller Erwerbstätigen finanziert; es ist nicht begründbar, warum diese Gruppe beim solidarisch organisierten Krankheitsrisiko außen vor bleibt. Das Risikopool-Argument: Beamte sind durch Gesundheitsprüfung, Beschäftigungssicherheit und Einkommen die stabilste Risikogruppe; ihr Fehlen schwächt das Kollektiv doppelt. Das Kostenargument: Die Beihilfe ist mit gut 20 Milliarden Euro jährlich und zweistelligen Wachstumsraten (Bund: +15 Prozent in zwei Jahren) ein eskalierender Haushaltsposten mit eingebautem Wachstum (Wissenschaftlicher Dienst des Bundestags, 2025).

Verfassungsrechtliche Einordnung — hier mit der gebotenen Vorsicht: Das Alimentsprinzip (Art. 33 Abs. 5 GG) verlangt amtsangemessene Versorgung, schreibt jedoch kein bestimmtes Krankenversicherungssystem vor. Das Hamburger Modell der pauschalen Beihilfe ist seit 2018 unbeanstandete Praxis in inzwischen neun Ländern — allerdings als Wahlrecht, nicht als Pflicht. Eine Pflichtmitgliedschaft für Neuverbeamtete ist verfassungsrechtlich nicht höchstrichterlich geklärt und stellt ein reales Prozessrisiko dar. Das Modell minimiert dieses Risiko durch drei Vorkehrungen: (1) vollständiger Vertrauensschutz für Bestandsbeamte (nur Wahlrecht, kein Zwang); (2) Systemwechsel ausschließlich für Neuverbeamtungen, deren amtsangemessene Alimentation durch den Arbeitgeberanteil des Dienstherrn gewahrt bleibt; (3) gesetzliche Evaluations- und Anpassungsklausel für den Fall verfassungsgerichtlicher Beanstandung einzelner Elemente. Die Einholung eines verfassungsrechtlichen Gutachtens vor Kabinettsbefassung wird ausdrücklich empfohlen.

D.3 Warum die Pflege integriert wird

Pflege- und Gesundheitsbedarf desselben Menschen sind medizinisch untrennbar; die Systemtrennung erzeugt doppelte Verwaltung, doppelte Antragswege und Verschiebepbahnhöfe zwischen Kostenträgern. Die Integration beendet dies und stellt die Pflegefinanzierung zugleich unter den Schutz des Generationsfonds — die einzige strukturelle Antwort auf die belegte WIP-Trajektorie von 9,2 Prozent Pflegebeitrag 2040.

Teil E: Rechtsfolgenabschätzung und Risikoanalyse

Ein Reformmodell, das Bestand haben soll, muss seine Risiken selbst benennen, bevor es seine Gegner tun. Die folgenden Punkte sind die nach Einschätzung dieses Papiers fünf wesentlichen Angriffsflächen — jeweils mit der vorgesehenen Absicherung.

E.1 Verfassungsrecht (Beamtenintegration)

Risiko: Klagen gegen die Pflichtmitgliedschaft Neuverbeamteter unter Berufung auf Art. 33 Abs. 5 GG. Absicherung: Beschränkung auf Neuverbeamtungen; voller Vertrauensschutz im Bestand; Arbeitgeberanteil als Erfüllung der Fürsorgepflicht; salvatorische Ausgestaltung, die bei verfassungsgerichtlicher Beanstandung das pauschale Beihilfemodell (Hamburger Modell) als Rückfallebene vorsieht. Restwirkung im Beanstandungsfall: Baustein VI reduziert sich von +10 auf geschätzt +3 bis +5 Mrd. Euro jährlich [Modellrechnung]; das Gesamtmodell bleibt tragfähig (vgl. Sensitivitätsrechnung Teil F.3).

E.2 Haushaltsrecht (Baustein II)

Risiko: Die Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen erfordert dauerhaft rund 55 Mrd. Euro jährlich im Bundeshaushalt — bei Schuldenbremse und konkurrierenden Prioritäten. Einordnung: Davon sind rund 14,5 Mrd. bereits heute etatisiert (Bundeszuschuss) und weitere rund 20 Mrd. durch die entfallende Beihilfe gegenfinanziert (Baustein VI); zudem entfällt die Notwendigkeit künftiger Bundesdarlehen an die GKV (2025/2026: jeweils 2,3 Mrd. Euro zinslos, Rückzahlung fraglich — PKV-Verband/Bundeshaushalt). Der echte zusätzliche Nettobedarf liegt damit bei rund 20 bis 25 Mrd. Euro jährlich [Modellrechnung] — dem stehen Entlastungen der Beitragszahler von rund 38 Mrd. Euro gegenüber, die über Konsum- und Lohnsteuereffekte teilweise an den Fiskus zurückfließen. Das Papier weist ausdrücklich darauf hin, dass die finale Gegenfinanzierung eine politische Entscheidung des Haushaltsgesetzgebers ist und nicht durch dieses Modell präjudiziert wird.

E.3 Politische Diskontinuität

Risiko: Ein Zehn-Jahres-Übergang überspannt mindestens drei Legislaturperioden; Regierungswechsel gefährden die Kontinuität. Absicherung: (1) Verankerung der Kernarchitektur in einem Errichtungsgesetz mit gestaffelten, selbstvollziehenden Inkrafttretensstufen (vgl. Begleitdokument, Artikel 8); (2) Unabhängigkeit des Generationsfonds nach dem Vorbild der Bundesbank-Governance, mit gesetzlichem Verwendungsverbot außerhalb der Beitragssatzstabilisierung; (3) die 45/45/10-Governance der Einheitskasse bindet Sozialpartner beider Lager institutionell ein und erhöht die politischen Kosten eines Rückbaus.

E.4 Kapitalmarktrisiko (Generationsfonds)

Risiko: Die Fondssimulation unterstellt 3,5 Prozent Realrendite; eine länger anhaltende Niedrig- oder Negativrenditephase — etwa wenn alternde OECD-Gesellschaften gleichzeitig Kapital abziehen — würde die Deckung der Demografiekosten gefährden. Absicherung: Der Fonds ist Puffer, nicht Primärfinanzierung. Selbst bei einer Dekade Nullrendite trägt das Umlagesystem die Grundlast, und der Beitragssatz läge mit 20,5 Prozent noch immer unter dem heutigen kombinierten Satz von 21,1 Prozent; die gesetzliche Anpassungsklausel erlaubt in diesem Fall ein Aussetzen der Phase-2-Absenkung. Anders als Norwegen speist sich der Fonds nicht aus Rohstoffrenten, sondern aus Strukturüberschüssen — diese Abhängigkeit von der Realisierung der Bausteine I–XI ist die zentrale Annahme des Modells und wird nicht verschleiert.

E.5 Marktreaktionen der Leistungserbringer

Risiko: Private Klinikträger (738 Häuser, 20,9 Prozent der Betten — Destatis 2024) könnten sich statt eines Verkaufs an die Gesundheits-GmbH aus der Versorgung zurückziehen; Hochschulkliniken verlieren PKV-Querfinanzierung; ein Teil der jungen Ärztegeneration bevorzugt Selbstständigkeit gegenüber Anstellung. Absicherung: Der Beitritt zur GmbH ist freiwillig und wirtschaftlich attraktiv ausgestaltet (gesicherte Budgetfinanzierung statt DRG-Risiko); die Niederlassung in eigener Praxis bleibt vollwertig möglich und wird durch die Budgetierungsabschaffung erstmals voll vergütet — das Modell schafft Wahlfreiheit zwischen Anstellung und Selbstständigkeit, es erzwingt keine. Für

Hochschulmedizin ist ein Forschungs- und Lehrzuschlag in der Budgetsystematik vorgesehen.

Teil F: Gesamtbilanz und Sensitivität

F.1 Konsolidierte Jahresrechnung

| Baustein | Wirkung p. a. (kurzfristig) | Wirkung p. a. (ab Jahr 10) |
|------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| Status quo (Ausgangslage) | -6,2 Mrd. € | — |
| I Einheitskasse | +4,05 Mrd. € | +4,05 Mrd. € |
| II Staatsfinanzierung VFL | +55,55 Mrd. € | +55,55 Mrd. € |
| III Ärzte & Polikliniken | -3,4 Mrd. € | -3,4 Mrd. € |
| IV Automatisierte Verwaltung | +1,8 Mrd. € | +1,8 Mrd. € |
| V Krankenhausreform | +1,7 Mrd. € | +1,7 Mrd. € |
| VI Beamtenintegration | +10,0 Mrd. € | +10,0 Mrd. € |
| VII Arzneimittel | +9,0 Mrd. € | +9,0 Mrd. € |
| VIII Prävention | -3,0 Mrd. € | +7,0 Mrd. € |
| IX Gegenseitigkeitsvertrag | +1,0 Mrd. € | +1,0 Mrd. € |
| X Übergang (amortisiert) | -0,5 Mrd. € | -0,5 Mrd. € (bis Jahr 10) |
| XI Vollversorgung | -11,0 Mrd. € | -11,0 Mrd. € |
| Jahresüberschuss | ca. +65 Mrd. € | ca. +75 Mrd. € |

[Modellrechnung] Sämtliche Positionen dieser Tabelle sind eigene Modellrechnungen (Annahmen je Baustein in Teil C). Konservative Darstellungsvariante mit Sicherheitsabschlägen von 20 bis 30 Prozent auf alle Schätzpositionen: kurzfristig ~45–57 Mrd., langfristig ~56–68 Mrd. Euro jährlich. Auch am unteren Rand trägt das Modell Vollversorgung, Fonds und Beitragsstabilisierung gleichzeitig.

F.2 Beitragstrajektorie im Vergleich

| Jahr | Status quo (kombiniert) | Modell | Generationsfonds |
|---------|-------------------------|------------------------------|------------------|
| Jahr 1 | 21,1 % | 21,1 % (Fondsphase 1) | ~48 Mrd. € |
| Jahr 5 | ~23 % | 21,1 % | ~257 Mrd. € |
| Jahr 6 | ~24,4 % | 21,1 % (Deckungsnachweis) | ~304 Mrd. € |
| Jahr 7 | ~25 % | 20,5 % (Fondsphase 2) | ~340 Mrd. € |
| Jahr 10 | ~27 % | 20,5 % | ~560 Mrd. € |
| Jahr 15 | ~29 % | 20,5 % | ~873 Mrd. € |

| Bruttoeinkommen | AN-Anteil heute (21,1 %) | AN-Anteil Modell (20,5 %) | AN-Anteil 2040 ohne Reform (~29 %) |
|-----------------|--------------------------|---------------------------|------------------------------------|
| 2.000 € | 211 € | 205 € | 292 € |
| 3.500 € | 369 € | 359 € | 511 € |
| 5.175 € (BBG) | 546 € | 530 € | 756 € |

F.3 Sensitivitätsrechnung: Was passiert, wenn einzelne Bausteine ausfallen?

[Modellrechnung] Szenario 1 — Beamtenintegration verfassungsgerichtlich auf das Hamburger Modell reduziert: Baustein VI sinkt von +10 auf +3 bis +5 Mrd.; Jahresüberschuss kurzfristig ~58–60 Mrd.; Modell bleibt vollständig tragfähig. Szenario 2 — Arzneimittelleffekte halbiert (Industrie-Gegenstrategien): Baustein VII +4,5 Mrd.; Überschuss ~60 Mrd.; tragfähig. Szenario 3 — Konsolidierungsrendite Baustein I bleibt vollständig aus (Position der Bundesregierung): Überschuss ~61 Mrd.; tragfähig. Szenario 4 — kombinierter Stressfall (1+2+3 gleichzeitig): Überschuss ~47–50 Mrd.; Vollversorgung und Fonds bleiben finanzierbar, die Phase-2-Beitragssenkung verschiebt sich um geschätzt zwei bis drei Jahre. Kein Einzelausfall und keine realistische Kombination kippt das Modell — weil die größte Position (Baustein II) keine Effizienzwetze ist, sondern eine Finanzierungsentscheidung.

Teil G: Einwände und Entgegnungen

Die folgenden Einwände sind bewusst in ihrer jeweils stärksten Form wiedergegeben.

»Wettbewerb sichert Qualität und Innovation — und die Bundesregierung selbst sagt, Fusionen sparen nichts.«

Beides wird hier ernst genommen. Die Bundesregierung bestreitet Skaleneffekte bei den Pro-Kopf-Verwaltungskosten — das Modell beansprucht solche Effekte nicht (vgl. A.2, Baustein I). Die Konsolidierungsrendite entsteht aus Redundanzabbau, nicht aus Größendegression. Und Versorgungsqualität entsteht beim Leistungserbringer, nicht in der Kassenverwaltung — genau dort investiert das Modell (Bausteine III, V, XI). Der messbare Output des heutigen Kassenwettbewerbs sind Marketingaufwendungen und Risikoselektion an den Rändern; sein messbarer Nutzen für Versicherte ist nicht nachgewiesen.

»Österreich beweist das Scheitern von Kassenfusionen — inklusive ausgebliebener Qualitätsverbesserungen.«

Österreich beweist das Scheitern überstürzter, mit falschen Versprechen verkaufter Fusionen. Der Rechnungshofbefund wird hier vollständig referiert — Mehrkosten, Personalanstieg, ausgebliebene Qualitätsgewinne, Steuerungsprobleme — und in vier konkrete Gegenmaßnahmen übersetzt (Baustein X). Wer aus Österreich lernt, wiederholt Österreich nicht; wer Österreich als Totschlagargument nutzt, müsste konsequenterweise auch jede Krankenhausreform ablehnen, weil schon einmal eine schlecht lief.

»Das ist der Einstieg in die Staatsmedizin — siehe NHS.«

Die Leistungserbringung bleibt plural: niedergelassene Praxen, gemeinnützige, kommunale und freiwillig beigetretene private Häuser, Polikliniken. Vereinheitlicht wird die Geldsammel- und Abrechnungsseite. Der NHS krankt an Unterfinanzierung der Leistungsseite; dieses Modell erhöht die Mittel für Ärzte, Pflege und Versorgung. Die 45/45/10-Governance verhindert sowohl Staatsdurchgriff als auch Verbandskapern.

»Der Generationsfonds ist eine Kapitalmarktwette — und gerade dann wertlos, wenn alle alternden Gesellschaften gleichzeitig Kapital abziehen.«

Das ist der stärkste ökonomische Einwand, und er wird in E.4 ausdrücklich anerkannt. Die Antworten: konservative Renditeannahme (3,5 Prozent real gegen über 6 Prozent nominal des norwegischen Fonds über Jahrzehnte); Pufferfunktion statt Primärfinanzierung; gesetzliche Anpassungsklausel; und die Gegenrechnung — ohne Fonds ist die Demografie zu 100 Prozent umlagefinanziert, und der Beitragssatz steigt zwangsläufig Richtung 29 Prozent. Das wirkliche Risiko ist die fondslose Variante.

»Die Pflichtmitgliedschaft für Beamte ist verfassungswidrig.«

Möglich, aber nicht ausgemacht — und das Modell hängt nicht daran. Die Rechtslage ist in D.2 mit offenen Karten dargestellt: Das Hamburger Modell ist unbeanstandete Praxis, eine Pflichtlösung ist ungeklärt. Deshalb: Beschränkung auf Neuverbeamtungen, Vertrauensschutz, Rückfallebene pauschale Beihilfe, Sensitivitätsrechnung F.3 Szenario 1. Selbst im Beanstandungsfall bleibt das Gesamtmodell tragfähig.

»Die Ärzteschaft wird das ablehnen.«

Gegen was genau? Gegen die Abschaffung der Budgetierung, die nach Angaben ihrer eigenen Körperschaft jährlich 2,3 Milliarden Euro erbrachter Arbeit nicht vergütet? Gegen volle Vergütung jeder indizierten Leistung, drastisch reduzierte Bürokratie durch ein einziges Abrechnungsregime, und die freie Wahl zwischen voll vergüteter Selbstständigkeit und TVöD-Anstellung ohne Investitionsrisiko? Dieses Modell ist das ärztefreundlichste Reformpaket, das in Deutschland vorgelegt wurde — Ablehnung aus der Ärzteschaft verteidigte nicht den Berufsstand, sondern das Abrechnungsmodell von Konzernkliniken.

»Die Pharmaindustrie wandert ab.«

Referenzpreise sind in Norwegen, Japan, Südkorea und den Niederlanden Standard; die Industrie beliefert alle diese Märkte. Deutschland bleibt der größte Absatzmarkt Europas. Das Modell setzt

zudem bewusst nur rund 4 Prozent der Arzneimittelausgaben als Monopson-Effekt an — keine Konfiskation, sondern marktübliche Konditionen für den größten Kunden.

»132.000 Kassenbeschäftigte verlieren ihre Arbeit.«

Das Modell schließt betriebsbedingte Kündigungen aus. Die jährliche Fluktuation übersteigt den Konsolidierungsbedarf; Kapazität wandert in Versichertenservice, Fallmanagement, Prävention und die Polikliniken. Anders als Österreich verspricht dieses Modell keinen Personalabbau — und kann deshalb auch keines brechen.

»Der Staat kann keine IT — siehe OZG, ePA, Gematik.«

Zutreffend beobachtet, und 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 durch den Verwaltungsrat beschlossenen Migrationsplan mit mindestens dreijährigem Parallelbetrieb (Artikel 7 Nummer 3 des GKV-SRG). Die Gesundheitsinfrastrukturgesellschaft ist für Krankenhäuser und Versorgungseinrichtungen zuständig, nicht für die Kassenverwaltungs-IT. Die heutige Alternative sind 94 separat zu wartende, zu sichernde und zu modernisierende Kassen-IT-Landschaften.

»Vollversorgung lädt zum Missbrauch ein.«

Zahnersatz, Hörgeräte und Rehabilitation sind ärztlich indizierte Leistungen. Eigenanteile verhindern empirisch vor allem notwendige Behandlungen bei Einkommensschwachen, deren Folgekosten ein Mehrfaches betragen; tatsächliche Missbrauchsmuster erkennt die Datenanalyse des Einheitsträgers zuverlässiger als jede Zuzahlungshürde.

Teil H: Der Übergang in drei Phasen

Phase 1 — Parallelbetrieb (Jahre 1–3): Errichtungsgesetz, rechtliche Fusion, Governance-Aufbau, IT-Parallelbetrieb, Vertragsinventur, Beginn der Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen, Beamtenintegration für Neuverbeamtungen, Fondseröffnung. Beitragssatz unverändert 21,1 Prozent.

Phase 2 — Konsolidierung (Jahre 4–6): Abschluss der IT-Migration, Leistungsharmonisierung auf höchstem Niveau, Inkrafttreten der Vollversorgung, gestaffelte Eröffnung der Polikliniken, Wirksamkeit der Budgetierungsabschaffung, Klinikbeiträge zur Gesundheits-GmbH.

Phase 3 — Vollbetrieb (ab Jahr 7): Realisierung aller Effizienzgewinne, Beitragssenkung auf 20,5 Prozent, Fonds im Zielkorridor, Beginn der Präventionserträge.

Schluss: Die Entscheidung

Es gibt in dieser Frage keine Option »weiter wie bisher«. Es gibt die Wahl zwischen zwei bezifferbaren Zukünften: rund 29 Prozent kombinierter Beitragssatz mit wachsenden Eigenanteilen, längeren Wartezeiten und einer strukturell defizitären Pflegeversicherung — oder 20,5 Prozent mit Vollversorgung, 500 Polikliniken, voll vergüteter ärztlicher Arbeit und einem Fonds, der die Demografie trägt.

Beide Zukünfte kosten Geld. Die erste kostet es die Beitragszahler — schleichend, ohne Gegenleistung und ohne Abstimmung. Die zweite finanziert sich überwiegend aus den Strukturverlusten des heutigen Systems und aus der Beendigung einer dokumentierten Falschbuchung zulasten der Beitragszahler — und legt den verbleibenden Steuerbedarf offen auf den Tisch des Haushaltsgesetzgebers, wo er hingehört.

Dieses Papier legt jede Zahl offen, kennzeichnet jede eigene Rechnung als solche, benennt seine fünf größten Risiken selbst und rechnet seine eigene Tragfähigkeit für den Fall durch, dass seine Gegner in Einzelpunkten Recht behalten. Wer es widerlegen will: mit Zahlen. Wer es nicht widerlegen kann, möge begründen, warum 74,5 Millionen Menschen weiter für ein System zahlen sollen, dessen Alternative billiger und besser ist.

Begleitdokument: »Entwurf eines Gesetzes zur Strukturreform der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung (GKV-Strukturreformgesetz)« — Form B, Artikelgesetz mit Begründung.