

Persönliche PDF-Datei für Wild F.

Mit den besten Grüßen von Thieme

www.thieme.com

**Der erste Bericht der Finanz-
Kommission Gesundheit:
Konsolidierung als erster
Schritt**

**Gesundheitsökonomie &
Qualitätsmanagement**

2026

10.1055/a-2917-7582

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kolleginnen und Kollegen oder zur Verwendung auf der privaten Homepage der Autorin/des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

Copyright & Ownership
© 2026. Thieme. All rights reserved.
Die Zeitschrift
*Gesundheitsökonomie &
Qualitätsmanagement* ist
Eigentum von Thieme.
Georg Thieme Verlag KG,
Oswald-Hesse-Straße 50,
70469 Stuttgart, Germany
ISSN 1432-2625

Der erste Bericht der FinanzKommission Gesundheit: Konsolidierung als erster Schritt

The First Report of the Health Financing Commission: Fiscal Consolidation as a First Step

Autorinnen/Autoren
Frank Wild

Institute
Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP), Köln, Germany

Schlüsselwörter
GKV, Finanzielle Nachhaltigkeit, Prävention, Gesundheitsreform, Eigenverantwortung

Keywords
SHI, financial sustainability, prevention, Health care reform, individual responsibility

eingereicht 16.07.2026
akzeptiert 16.07.2026

Bibliografie
Gesundh ökon Qual manag
DOI 10.1055/a-2917-7582
ISSN 1432-2625
© 2026. Thieme. All rights reserved.
Georg Thieme Verlag KG, Oswald-Hesse-Straße 50,
70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse
Frank Wild
Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP)
Gustav-Heinemann-Ufer 74c
50968 Köln
Germany
Frank.Wild@wip-pkv.de

ZUSAMMENFASSUNG

Der erste Bericht der FinanzKommission Gesundheit ist ein wichtiger Beitrag zur Finanzierbarkeit der GKV. Positiv hervorzuheben ist, dass die Kommission die Finanzdefizite der GKV nicht als vorübergehende Finanzierungsprobleme, sondern als Ausdruck struktureller Herausforderungen eines alternden und medizinisch hoch entwickelten Gesundheitssystems einordnet. Ein Teil der 66 Vorschläge der Kommission stellt die Rückkehr zu früheren Regelungen dar, sei es durch inflationsbedingte Anpassungen oder durch Streichung von leistungsausgabensteigernden Regelungen in der jüngeren Vergangenheit. Eine weitergehende Betrachtung zur Rolle von Eigenverantwortung wäre wünschenswert. Die Rolle der Prävention wird im ersten Bericht primär über konsumsteuerbasierte Lenkungsinstrumente adressiert. Breitere präventionspolitische Ansätze bleiben damit im ersten Bericht außerhalb des Fokus.

ABSTRACT

The first report of the Health Financing Commission (FinanzKommission Gesundheit) makes an important contribution to the debate on the long-term financial sustainability of Germany's Statutory Health Insurance (SHI) system. The Commission interprets the SHI's deficits not as temporary financing shortfalls but as a consequence of the structural challenges associated with population ageing and medical progress. Several of its 66 recommendations effectively restore earlier regulatory arrangements through inflation-related adjustments or by repealing cost-increasing provisions. A broader discussion of individual responsibility would have been desirable. Prevention is addressed primarily through consumption tax-based behavioural incentives, while broader prevention policy approaches remain outside the report's scope.

Die FinanzKommission Gesundheit stellt die richtige Diagnose

Der folgende Beitrag betrachtet ausgewählte Vorschläge der FinanzKommission Gesundheit (FKG) ausdrücklich auch aus einer systemübergreifenden Perspektive. Die Entwicklung der GKV-Fi-

nanzen ist dabei eng mit der Frage verknüpft, wie Anreize für Versicherte, Leistungserbringer und Politik gesetzt werden, um medizinisch notwendige Versorgung, effiziente Ressourcennutzung und gesundheitsbewusstes Verhalten in ein tragfähiges Gleichgewicht zu bringen. Eine wichtige Rolle spielt dabei auch die Eigenverantwortung der Menschen. Vor diesem Hintergrund werden Ausga-

bensteuerung, präventive Lenkungsinstrumente und die Wechselwirkungen zwischen GKV und PKV als unterschiedliche Facetten derselben gesundheitsökonomischen Fragestellung betrachtet.

Der erste Bericht der FKG setzt an einem zentralen Problem des deutschen Gesundheitswesens an: Die Finanzierung der GKV gerät zunehmend unter Druck. Die FKG beziffert bereits für die kommenden Jahre erhebliche Finanzierungslücken und macht deutlich, dass kurzfristige Beitragssatzanhebungen oder zusätzliche Bundesmittel keine nachhaltige Lösung darstellen. Diese Diagnose ist überzeugend. Die aktuelle Situation ist nicht allein Folge einzelner politischer Entscheidungen der vergangenen Jahre. Dahinter steht ein tieferliegender Strukturtrend, der sich in nahezu allen entwickelten Volkswirtschaften beobachten lässt: Gesundheitsausgaben wachsen langfristig stärker als die allgemeine Wirtschaftsleistung.

Die Ursachen hierfür sind vielfältig. Der medizinisch-technische Fortschritt schafft neue diagnostische und therapeutische Möglichkeiten, die medizinisch sinnvoll sein können und die Lebensqualität und Lebenserwartung erhöhen, aber häufig zusätzliche Ausgaben verursachen. Die demografische Alterung trägt zur Zunahme der Gesundheitsausgaben bei. Hinzu kommen steigende Personal- und Sachkosten und gewachsene Erwartungen der Bevölkerung an Verfügbarkeit, Qualität und Individualisierung medizinischer Versorgung. Leistungsausweitungen in der näheren Vergangenheit bzw. seit Jahren nicht angepasste Zuzahlungsregeln haben dazu beigetragen, die Ausgabendynamik zu erhöhen. Es braucht eine sachliche Diskussion über effiziente Steuerung, Nutzenorientierung und die gesamtwirtschaftliche Tragfähigkeit zusätzlicher Ausgaben. Die FKG hat mit ihrem Bericht und mit der Nennung von 66 Reformvorschlägen der Debatte viele neue Impulse gegeben.

Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik: ein nachvollziehbarer Vorschlag

Eine der zentralen Empfehlungen der FKG ist die Rückkehr zu einer stärker einnahmeorientierten Ausgabenpolitik. Dahinter steht die Logik, dass die Ausgaben der GKV dauerhaft nicht schneller wachsen sollten als ihre Finanzierungsbasis. Dieser Ansatz ist nachvollziehbar. Wenn Beitragssätze dauerhaft steigen, erhöht dies die Lohnnebenkosten, belastet Beschäftigung und schwächt die internationale Wettbewerbsfähigkeit des Wirtschaftsstandorts Deutschland. Eine Folgewirkung sind langsamer wachsende GKV-Beitragseinnahmen, wodurch die finanzielle Basis der GKV geschwächt wird.

Eine derartige Begrenzung des Ausgabenwachstums beantwortet zunächst jedoch nur die quantitative Frage, wie stark die Gesundheitsausgaben steigen dürfen. Sie beantwortet nicht die qualitative Frage, welche Leistungen medizinisch notwendig sind, welche Innovationen einen relevanten Zusatznutzen schaffen und an welchen Stellen ineffiziente Strukturen bestehen. Genau hier liegt die Grenze eines rein fiskalischen Ansatzes. Gesundheitsausgaben sind kein beliebig disponibler Haushaltsposten. Sie reagieren auf Morbidität, Alterung, medizinischen Fortschritt, Tarifentwicklungen und gesellschaftliche Erwartungen. Werden Ausgabensteigerungen pauschal begrenzt, ohne zugleich die zugrunde liegenden Anreizstrukturen zu verändern, drohen unerwünschte Nebenwirkungen. Dazu gehören Mengenausweitungen, Verlagerungseffekte oder implizite Formen der Rationierung, etwa durch Wartezei-

ten, eingeschränkte Verfügbarkeit oder verzögerten Zugang zu Innovationen.

Eine nachhaltige Reformperspektive muss daher tiefer ansetzen. Erforderlich sind eine konsequentere Nutzenorientierung, die Reduktion von Fehlanreizen und mehr Transparenz über Versorgungsergebnisse. Die FKG formuliert hier bereits eine ganze Reihe von Schritten in diese Richtung. Sie nimmt eine Bewertung vor, inwieweit die genannten 66 Vorschläge die Versorgung jeweils beeinflussen. Diese Clusterung ist positiv hervorzuheben, da die fiskalische Wirkung nicht losgelöst von Versorgungsfragen betrachtet werden sollte. Sie liefert hierbei auch Einschätzungen, welche Leistungen aufgrund fehlender Evidenz nicht von der GKV erstattet werden sollten. In der praktischen Umsetzung wird jedoch zu klären sein, wie mit nicht abschließend geklärter Evidenz, mit sich verändernden Bewertungen oder patientenindividuell sehr abweichenden Wirksamkeiten umgegangen wird. Innovationen sollten nicht ausgebremst werden. Langfristig stellt sich zudem die Frage, wie gesundheitsökonomische Verfahren zur Nutzen- und Wirtschaftlichkeitsbewertung weiterentwickelt werden können. Vorerst bleibt die Frage offen, wie sich die FKG zukünftig die Evidenzprüfung vorstellt, d. h. ob sie sich neue methodische oder institutionelle Wege vorstellen kann.

Eigenverantwortung stärker in den Blick nehmen

Ein bemerkenswerter Befund vieler Reformdebatten ist, dass Finanzierung überwiegend als Aufgabe von Beitragszahlern, Arbeitgebern, Staat und Leistungserbringern verstanden wird. Die Rolle der Versicherten als Leistungsanspruchnehmer wird demgegenüber häufig weniger in den Fokus gerückt. Auch der Bericht der FKG greift Eigenverantwortung zwar in verschiedenen Punkten auf, schöpft das Thema jedoch nicht aus. Eigenverantwortung ist kein Gegenmodell zur solidarischen Krankenversicherung, sondern deren notwendige Ergänzung. Solidarität bedeutet, dass Menschen im Krankheitsfall Zugang zu medizinisch notwendiger Versorgung erhalten, unabhängig von ihrer individuellen finanziellen Leistungsfähigkeit. Daraus folgt jedoch nicht, dass jede Inanspruchnahme vollständig von Kostenwahrnehmung entkoppelt sein sollte oder gesundheitsrelevantes Verhalten ohne jede individuelle Mitverantwortung bleiben muss.

Ein zentrales Konzept ist in diesem Zusammenhang das Problem des „Moral-Hazard-Effekts“, also einer durch Versicherungsschutz induzierten zusätzlichen Inanspruchnahme. Wenn Versicherte die Kosten medizinischer Leistungen zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme kaum wahrnehmen, kann dies die Nachfrage nach Leistungen erhöhen – auch dann, wenn der zusätzliche medizinische Nutzen begrenzt ist. Zuzahlungen, Selbstbehalte oder Bonusmodelle können deshalb als Steuerungsinstrumente sinnvoll sein.

Internationale Erfahrungen und die gesundheitsökonomische Literatur zeigen seit langem, dass finanzielle Eigenbeteiligungen das Inanspruchnahmeverhalten beeinflussen können. Auch in der PKV sind Selbstbehalte ein etabliertes Instrument mit plausiblen und empirisch messbaren Steuerungseffekten. Entscheidend ist ihre konkrete Ausgestaltung. Dabei sind auch die Grenzen solcher Instrumente zu beachten. Das Ziel sollte nicht darin bestehen, notwendige Versorgung zu erschweren oder kranke Menschen zusätzlich finanziell zu belasten.

Medizinische Entscheidungen sind komplex, und Patientinnen und Patienten können die Notwendigkeit einzelner Leistungen häufig nur eingeschränkt beurteilen. Zu hohe finanzielle Hürden können insbesondere einkommensschwächere Gruppen von notwendiger Versorgung abhalten. Steuerungsinstrumente müssen daher sozial abgewogen und differenziert gestaltet werden. Überforderungsregeln sind dazu bereits jetzt im GKV-System angelegt.

Selbstbehalte sollten keineswegs als reine Finanzierungselemente und auch nicht als einfache Rationierungsmaßnahme verstanden werden. Intelligent aufgebaut können sie dabei helfen, die Gesundheitskompetenz zu stärken und Anreize für gesundheitsbewusstes Verhalten zu setzen. Langfristige Finanzierungsstabilität wird kaum erreichbar sein, wenn individuelle Gesundheitsrisiken vollständig als externes Problem gesehen werden.

Zuckersteuer: Nicht nur eine Public-Health-Frage

Die von der FKG vorgeschlagene Besteuerung zuckergesüßter Erfrischungsgetränke ist eine der bereits im Vorfeld der Berichtsveröffentlichung diskutierten Ideen. Der Vorschlag ist auch insofern interessant, da er den Impuls setzen könnte, mehr auf präventive Ansätze und eine Reduzierung der Krankheitslast zu setzen, und für dieses Ziel auch fiskalische bzw. ökonomische Anreize auf breiter Ebene einzusetzen. In der Öffentlichkeit wird die Thematik teilweise verkürzt diskutiert.

Zunächst ist festzuhalten, dass ein hoher Konsum zuckerhaltiger Getränke aus Public-Health-Sicht problematisch ist. Übergewicht, Diabetes mellitus Typ 2 und weitere chronische Erkrankungen stehen mit entsprechenden Konsummustern in Zusammenhang. Der Zuckerkonsum in Deutschland gilt im europäischen Vergleich als hoch. Vor diesem Hintergrund ist es schlüssig, politische Instrumente zur Verhaltenslenkung zu diskutieren. Zudem lässt sich ökonomisch eine solche Steuer grundsätzlich als Pigou-Steuer interpretieren. Dahinter steht die Idee, negative externe Effekte – also gesellschaftliche Folgekosten individuellen Konsumverhaltens – über den Preis teilweise zu internalisieren.

Die empirische Evidenz fällt jedoch differenzierter aus, als die öffentliche Debatte teilweise suggeriert. Größere Gesundheitsgewinne und Kosteneinsparungen werden vor allem in Modellrechnungen prognostiziert. Beobachtungsstudien unter realen Alltagsbedingungen zeigen häufig deutlich kleinere Effekte. Hinzu kommt, dass internationale Erfahrungen – etwa in Großbritannien – regelmäßig in ein breiteres Bündel präventionspolitischer Maßnahmen eingebettet sind, sodass isolierte Effekte der Besteuerung methodisch nur eingeschränkt identifizierbar sind.

Auch andere Aspekte verdienen Aufmerksamkeit. Verbrauchsteuern wirken tendenziell regressiv, da Haushalte mit niedrigerem Einkommen relativ stärker belastet werden können. Hinzu kommen mögliche Substitutionseffekte, etwa der Wechsel auf andere kalorienreiche Produkte oder verstärkter Konsum künstlich gesüßter Alternativen, deren langfristige gesundheitliche Wirkungen nicht vollständig geklärt sind. Vor allem aber sollte die Funktion einer solchen Steuer klar benannt werden. Eine gesundheitspolitisch erfolgreiche Steuer reduziert den Konsum der besteuerten Produkte – und damit langfristig auch ihre fiskalische Basis. Eine dauerhaft ergiebige Steuer setzt dagegen voraus, dass der Konsum weitgehend bestehen

bleibt. Lenkungswirkung und fiskalische Ertragswirkung stehen damit in einem strukturellen Spannungsverhältnis.

Eine Zuckersteuer kann Teil eines breiteren Präventionsansatzes sein. Es sollte jedoch ihr möglicher Beitrag zur Gesundheitsvorsorge nicht überhöht werden. Darüber hinaus gilt es nicht nur auf das Vorgehen von Großbritannien zu schauen. In anderen Ländern wurden alternative präventionspolitische Ansätze stärker priorisiert.

GKV-Reformen betreffen auch die PKV

Ein Aspekt, der im Bericht der FKG nur am Rande adressiert wird, jedoch ebenfalls Aufmerksamkeit verdient, sind die Wechselwirkungen zwischen GKV und PKV. Reformen in der GKV bleiben im deutschen Gesundheitssystem selten auf die GKV beschränkt. Der Grund liegt in den gemeinsamen Versorgungsstrukturen. Gesetzlich und privat Versicherte werden zum weit überwiegenden Teil von denselben Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern, Apotheken und weiteren Leistungserbringern versorgt. Veränderungen bei Vergütung, Mengensteuerung oder Leistungsumfang auf der GKV-Seite beeinflussen daher regelmäßig auch die Rahmenbedingungen in der PKV.

Ein erster Wirkungskanal betrifft Vergütungs- und Preisentwicklungen. Werden Vergütungsanstiege in der GKV stärker begrenzt oder Leistungen restriktiver bewertet, kann dies den ökonomischen Druck auf Leistungserbringer erhöhen, Einnahmen in anderen Bereichen zu stabilisieren. Auch wenn GKV- und PKV-Vergütungssysteme institutionell unterschiedlich ausgestaltet sind, bestehen in der Versorgungspraxis Wechselwirkungen. Ein zweiter Wirkungskanal betrifft die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Werden Kapazitäten im GKV-System stärker budgetiert oder Zugänge restriktiver gesteuert, kann dies Anreize zur Verlagerung von Leistungsmengen schaffen. Solche Effekte können kurzfristig die Versorgungssituation für Privatversicherte verändern, zugleich aber die Ausgabendynamik in der PKV beeinflussen. Ein dritter Aspekt betrifft Innovationen. Eine stärker restriktive Finanzierung neuer Leistungen in der GKV kann dazu führen, dass die PKV in einzelnen Bereichen stärker als Zugangskanal für Innovationen wahrgenommen wird. Das kann die Attraktivität des privaten Systems erhöhen, zugleich aber zusätzliche Ausgabenrisiken mit sich bringen.

Schließlich ist auch der Blick auf Steuerungsinstrumente relevant. Die PKV verfügt seit langem über Instrumente wie Selbstbehalte, Beitragsrückerstattungen und tarifliche Differenzierungen, die Eigenverantwortung und Kostenbewusstsein stärker institutionalisieren. Diese sollten als empirisch relevante Erfahrungen aus dem deutschen Versorgungssystem in die Debatte einbezogen werden.

Fazit

Der erste Bericht der FKG ist ein wichtiger Beitrag zur gesundheitspolitischen Debatte. Positiv hervorzuheben ist insbesondere, dass die Kommission die Finanzprobleme der GKV nicht als kurzfristige Finanzproblematik, sondern als Ausdruck struktureller Herausforderungen eines alternden und medizinisch hoch entwickelten Gesundheitssystems einordnet.

Die stärkere Orientierung der Ausgabenentwicklung an der Einnahmenseite ist sehr gut erklärbar. Sie ist eine Rückkehr zum gesetzlich verankerten Prinzip der Beitragssatzstabilität, ersetzt aber keine echte Strukturreform. Hierfür wird die FKG Ende des Jahres

Vorschläge präsentieren. Denn es ist klar: Nachhaltige Stabilisierung erfordert mehr als eine Ausgabenbegrenzung. Notwendig sind eine konsequentere Nutzenorientierung, der Abbau von Fehlanreizen, mehr Transparenz über Versorgungsergebnisse und eine offene Diskussion über Effizienz und Prioritätensetzung.

Mit dem Blick auf strukturelle Veränderungen sollte auch die Eigenverantwortung der Versicherten eine größere Rolle erhalten. Erfahrungen in anderen Ländern und auch in der PKV zeigen, dass monetäre Steuerungsinstrumente einen wichtigen Beitrag leisten können, Moral-Hazard-Effekte zu reduzieren. Gesundheitsökonomische Studien zeigen, dass finanzielle Eigenbeteiligungen das Inanspruchnahmeverhalten beeinflussen können. Intelligente Steuerungsanreize könnten nicht nur zur Vermeidung unnötiger Arztbesuche, sondern auch zu gesundheitsbewusster Lebensweise beitragen. In diesem Zusammenhang gilt es zudem auch Maßnahmen zu etablieren, mit denen die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung deutlich erhöht werden kann. Um eine langfristige Finanzierungsstabilität zu erreichen, erscheint es wichtig, die Krankheitslast der Bevölkerung in Deutschland zu verringern, zum Beispiel über umfassende präventive Ansätze, die auch außerhalb des Gesundheitssystems ansetzen. Ein Element, das hier diskutiert

wird, ist die Zuckersteuer. Sie wird allein bei Weitem nicht ausreichen können, substanzielle Veränderungen des Ernährungsverhaltens zu bewirken. Die wissenschaftliche Auseinandersetzung um die Zuckersteuer sollte zudem Aspekte wie Effizienz, Verteilungsgerechtigkeit und Eingriffstiefe berücksichtigen.

Reformen der GKV wirken mittelbar auch auf die PKV. Entsprechende Wechselwirkungen sind mitzudenken.

Der Bericht der FKG stellt einen wichtigen Ausgangspunkt für die weitere Debatte um Finanzierungs- und Steuerungsfragen im Gesundheitswesen dar. Der zweite Bericht wird wichtige Hinweise zur mittel- und langfristigen Reformperspektive geben.

Interessenkonflikt

Der Autor ist zum Zeitpunkt der Veröffentlichung beim Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. beschäftigt. Der Autor erklärt, dass keine weiteren finanziellen oder persönlichen Beziehungen bestehen, die den Inhalt dieses Artikels beeinflusst haben.