

Prof. Dr. Thomas Drabinski, IfMDA

Kurzanalyse 08.01.2026

Die stille Finanzkrise der GKV: Warum Demografie das System sprengt

Einleitung

Die anhaltenden Finanzdefizite der GKV werden in der politischen Debatte überwiegend auf steigende Ausgaben zurückgeführt: Höhere Krankenhauskosten, teure Arzneimittel, medizinisch-technischer Fortschritt. Diese Faktoren existieren, sie erklären die Dimension der Krise jedoch nur unzureichend. Der zentrale, strukturelle Treiber der GKV-Finanzmisere liegt tiefer und wird politisch weitgehend verdrängt. Es handelt sich um den demografischen Übergang großer Jahrgänge aus dem Erwerbsleben in den Ruhestand und die damit verbundene Erosion der Einnahmebasis.

Der unterschätzte Mechanismus

Einnahmen brechen weg, Ausgaben steigen automatisch. Die GKV ist einkommensabhängig und umlagefinanziert. Genau diese Konstruktion wird im demografischen Wandel zur Achillesferse. Jährlich wechseln inzwischen deutlich über eine Million Menschen direkt aus der Erwerbstätigkeit in den Rentenstatus. Dieser Übergang ist kein Randphänomen, sondern ein systematischer Schock für die jährlichen GKV-Bilanzen.

Ein Erwerbstätiger zahlt im Durchschnitt deutlich höhere Beiträge, als er Leistungen in Anspruch nimmt. Mit dem Renteneintritt kehrt sich dieses Verhältnis abrupt um: Die beitragspflichtigen Einkommen sinken erheblich, während die Gesundheitsausgaben altersbedingt stark steigen. Pro Person verschlechtert sich die GKV-Bilanz dadurch um geschätzt 8.500 € jährlich. Hochgerechnet bedeutet dies ein dauerhaftes strukturelles Zusatzdefizit von etwa neun Milliarden € – jedes Jahr neu und kumulativ wachsend.

Dieser Effekt ist unabhängig von medizinischem Fortschritt, Pandemien, Migration oder Leistungsausweitungen. Selbst bei vollständig eingefrorenen Ausgabenstrukturen würde die GKV allein durch die Demografie Jahr für Jahr tiefer ins Minus rutschen. Das Umlageverfahren und der dahinterstehende

Generationenvertrag funktionieren unter diesen Bedingungen nicht mehr. Mathematisch ist das System instabil – und hinter dem Kipppunkt.

Fehladressierte Schuldzuweisungen und der Irrweg der Primärversorgungsmodelle

Vor diesem Hintergrund wirken viele der aktuellen politischen Erklärungs- und Lösungsversuche wie gezielte Ablenkungsmanöver. Weder die ambulante haus- und fachärztliche Versorgung noch eine vermeintlich „übermäßige Inanspruchnahme“ ärztlicher Leistungen sind Treiber der Finanzkrise der GKV. Die Ausgaben in der ambulanten Versorgung entwickeln sich seit Jahren stabil und weitgehend im Gleichklang mit der allgemeinen Ausgaben- und Preisentwicklung. Sie sind kein Kostenproblem, sondern einer der wenigen systemischen Stabilitätsanker der Versorgung.

Umso bemerkenswerter ist, dass die Politik ausgerechnet hier ansetzt – mit sogenannten Primärversorgungsmodellen, Hausarztzentrierung und neuen Steuerungsinstrumenten, die den Zugang zur ärztlichen und insbesondere zur fachärztlichen Versorgung regulieren, verzögern oder verknappen sollen. Diese Konzepte werden als Effizienzreformen verkauft, sind in Wahrheit jedoch finanzpolitische Verlegenheitslösungen.

Denn Primärversorgungsmodelle lösen kein einziges strukturelles Finanzierungsproblem der GKV. Sie erzeugen weder zusätzliche Einnahmen noch verändern sie die demografische Grundrechnung. Sie verschieben lediglich Nachfrage – zeitlich und organisatorisch. Was politisch als „Steuerung“ etikettiert wird, ist ökonomisch nichts anderes als Rationierung durch Warteschlangen.

Gerade vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung entfalten diese Modelle eine besonders problematische Wirkung. Die wachsende Gruppe der Neurentner und Rentner ist nicht nur die größte Nutzergruppe medizinischer Leistungen, sondern auch die Gruppe mit der höchsten Morbidität und dem größten fachärztlichen Behandlungsbedarf. Wird der direkte Zugang zur fachärztlichen Versorgung künstlich verengt, entstehen zwangsläufig Warteschlangen – nicht abstrakt, sondern konkret: vor Hausarztpraxen, vor Überweisungen, vor Facharztterminen.

Die Folge ist keine Kostendämpfung, sondern eine Verlagerung von Knappheit: Von der Finanzierungsebene in die Versorgungsebene. Die demografisch bedingte Last wird nicht reduziert, sondern sichtbar gemacht –

auf Kosten der älteren Generation, die politisch angeblich geschützt werden soll. Primärversorgungsmodelle sind damit kein Instrument zur Stabilisierung der GKV, sondern ein Mechanismus zur Verwaltung des Mangels in einem alternden System.

Auch die anhaltende Fixierung auf Krankenhaus- und Arzneimittelkosten greift zu kurz. Diese Ausgaben steigen zwar, erklären aber nicht, warum selbst massive Beitragssatzerhöhungen und milliardenschwere Steuerzuschüsse die Finanzlage der GKV nicht nachhaltig stabilisieren können. Das Grundproblem liegt nicht auf der Ausgabenseite, sondern auf der Einnahmenseite – und dort vor allem in der demografisch bedingten Schrumpfung der beitragspflichtigen Einkommen.

Solange jedes Jahr über eine Million Menschen aus dem Erwerbsleben in den Ruhestand wechseln und damit von Nettozahlern zu Nettoempfängern werden, bleibt jede Debatte über „Arztsteuerung“, Zugangsbeschränkungen oder Inanspruchnahmeverhalten ökonomisch folgenlos. Sie adressiert nicht die Ursache der Krise, sondern verwaltet deren Symptome. Die Finanzkrise der GKV ist keine Versorgungs- und keine Effizienzkrise – sie ist eine demografische Einnahmenkrise, die sich weder durch Warteschlangen noch durch neue Steuerungskonzepte auflösen lässt.

Politische Sprachlosigkeit aus wahltaktischen Gründen

Dass dieser Zusammenhang kaum offen thematisiert wird, ist kein Zufall. Rentnerinnen und Rentner stellen eine wachsende und wahlentscheidende Bevölkerungsgruppe dar – bei Bundestags- wie bei Landtagswahlen. Jede offene Debatte über ihre Rolle im Finanzierungssystem wird politisch gemieden. Doch Schweigen ändert nichts an der Realität: Die GKV-Finanzierung steckt in einer tiefen strukturellen Krise, die sich nicht „wegmoderieren“ lässt.

Beitragssatzerhöhungen belasten weiter die Erwerbstätigen und die Arbeitgeber. Steuerzuschüsse verlagern das Problem lediglich in den Bundeshaushalt. Umverteilungsmodelle wie Bürgerversicherungskonzepte oder weitere Belastungen von Arbeit und Kapital verschärfen zudem die Standortprobleme Deutschlands im internationalen Wettbewerb. Sie lösen das demografische Grundproblem nicht, sondern kaschieren es kurzfristig.

Der einzige verbleibende Ausweg: Strukturbruch in der Finanzierung

Vor diesem Hintergrund gewinnt das in Band 35 der IfMDA-Schriftenreihe entwickelte Reformkonzept eine besondere Bedeutung. Es setzt nicht auf mehr Umverteilung, sondern auf eine grundlegende Neuordnung der Finanzierungsarchitektur: Feste Arbeitgeberbeiträge, ein deutlich verkleinerter Gesundheitsfonds und kassenindividuelle Gesundheitspauschalen mit transparentem sozialem Ausgleich.

Dieses Modell entkoppelt die Finanzierung teilweise vom Arbeitseinkommen, entlastet die Arbeitgeber dauerhaft und stellt echten Preis- und Qualitätswettbewerb zwischen den Krankenkassen wieder her. Gleichzeitig werden versicherungsfremde Leistungen klar definiert und steuerfinanziert. Damit wird die demografische Last sichtbar gemacht – und nicht länger im Umlagesystem versteckt und heimlich refinanziert.

Politisch ist dieses Konzept hochbrisant, ökonomisch jedoch folgerichtig. Es ist kein ideologisches Projekt, sondern eine Reaktion auf eine nüchterne Datenlage. Wenn die GKV als wettbewerbliches System erhalten bleiben und der Standort Deutschland nicht weiter geschwächt werden soll, führt an einer solchen Neuordnung kein Weg mehr vorbei.

Denn die Finanzkrise der GKV ist im Kern eine demografisch induzierte Einnahmenkrise. Deshalb kann ihre Lösung nicht innerhalb eines Systems liegen, das exakt auf diese Einnahmequelle fixiert ist. Ein umlagefinanziertes, einkommensabhängiges Beitragssystem verliert unter Bedingungen des demografischen Wandels zwangsläufig seine Tragfähigkeit.

Die Krankenkassen können bislang nur mit Zusatzbeitragssatzerhöhungen darauf reagieren, die Politik mit volatilen Bundeszuschüssen und kurzfristigen Liquiditätshilfen. Das alles sind Symptombekämpfungen. Band 35 der IfMDA-Schriftenreihe zieht daraus eine radikal andere Konsequenz: Nicht Nachjustierung, sondern Strukturbruch.

Abschied vom heutigen System: Der Gesundheitsfonds als Fehlkonstruktion

Der heutige Gesundheitsfonds verteilt faktisch 100 % der GKV-Finanzmittel zentral, u.a. über den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA). Was als Stabilitätsinstrument begann, hat sich zu einer

planwirtschaftlichen Allokationsmaschine entwickelt. Im Ergebnis sind Zusatzbeiträge keine Preise, sondern Unterdeckungssignale. Wettbewerb findet nicht über Effizienz oder Versorgungsqualität statt, sondern über die Passfähigkeit der Versichertenstruktur zum Morbi-RSA-Algorithmus.

Das Ergebnis ist ein doppeltes Staatsversagen: Steigende Beitragssätze bei gleichzeitigem Verlust von Transparenz, Innovationsanreizen und Kostenverantwortung. Die Kassen konkurrieren nicht um bessere Versorgung, sondern um günstigere Zuweisungsprofile. In einem alternden System verschärft diese Mechanik die Finanzkrise zusätzlich.

Zwei Säulen statt Einheitsbeitrag: Trennung von Systemkosten und Individualkosten

Der Reformvorschlag aus Band 35 ersetzt das heutige Einheitsbeitragssystem durch eine zweigeteilte Finanzarchitektur, die explizit auf die demografische Realität reagiert.

1. Neuer, stark verkleinerter Gesundheitsfonds (ca. 58 % seines heutigen Volumens)

Der Gesundheitsfonds wird auf seine Kernfunktion zurückgeführt: Die Finanzierung fixer Systemkosten, insbesondere dort, wo Marktmechanismen nicht greifen können (z.B. Vorhaltepauschalen, Grundfinanzierung der Krankenhausinfrastruktur).

Finanzierungsquellen (2026):

- Fixierter Arbeitgeberbeitrag: 8 %
- Fixierter Rentenversicherungsbeitrag: 8 %
- Beiträge für Arbeitslose, Bürgergeld, Minijobs
- Steuerfinanzierung klar definierter versicherungsfremder Leistungen

Der Morbi-RSA wird abgeschafft und durch einen einfachen, diagnosefreien RSA ersetzt. Damit endet die datengetriebene Umverteilungslogik, die Krankheit systematisch „belohnt“ und den Patienten gläsern macht.

Volumen 2026: ca. 214 Mrd. € (ca. 58 % der GKV-Gesamtausgaben)

2. Gesundheitspauschale für Versicherte (ca. 42 % der GKV-Ausgaben)

Der zweite Finanzierungsblock umfasst alle variablen und individuell zurechenbaren Gesundheitsausgaben. Diese werden über kassenindividuelle Gesundheitspauschalen finanziert.

Zentraler Wert 2026: 179 Euro pro Monat je (erwachsener) GKV-versicherter Person.

Diese Zahl ist kein politisches Symbol, sondern das Ergebnis einer Vollkostenrechnung: Rund 154 Mrd. € der GKV-Ausgaben (ca. 42 %) werden direkt den Versicherten zugeordnet. Jede Krankenkasse kalkuliert ihre eigene Pauschale – erstmals entsteht wieder ein echtes Preissignal im Kassensystem.

Die Pauschale ist einkommensunabhängig, aber nicht unsozial. Genau hier liegt der ordnungspolitische Unterschied zu früheren Kopfpauschalen-Modellen.

Sozialer Ausgleich: Gezielt, sichtbar & ehrlich

Solidarität wird nicht abgeschafft, sondern präzisiert. Der soziale Ausgleich erfolgt außerhalb der Krankenkassen – transparent über Steuern oder Sozialversicherungssysteme:

- Kinder: Pauschale vollständig steuerfinanziert
- Bürgergeld-Empfänger: Volle Kostendeckung durch den Bund
- Arbeitslose: Finanzierung über die Bundesagentur für Arbeit
- Rentner & Geringverdiener: Zuschuss greift, wenn die Pauschale mehr als 8,8 % des (Familien-)Einkommens beträgt.

Damit endet die verdeckte Umverteilung innerhalb der GKV, die bislang fast ausschließlich zulasten der Erwerbstätigen und ihrer Arbeitgeber geht.

Politische Brisanz – und ökonomische Notwendigkeit

Dieses Modell ist politisch unbequem. Es macht sichtbar, dass der Staat (und nicht die Beitragszahler) für familien- und gesellschaftspolitische Leistungen verantwortlich ist. Es beendet die Illusion, man könne eine alternde Gesellschaft dauerhaft über lohnabhängige Beiträge finanzieren. Und es zwingt die Politik, die Rentnergeneration nicht länger aus wahltaktischen Gründen aus der Finanzierungsdebatte herauszuhalten.

Gerade deshalb ist es ökonomisch zwingend. Alle alternativen Konzepte (Bürgerversicherung, weitere Beitragssatzerhöhungen, Ausweitung der Umverteilung) verschärfen die Standortprobleme Deutschlands und treiben Arbeit und Wertschöpfung weiter aus der Finanzierung.

Fazit

Die Gesundheitspauschale von 179 Euro im Jahr 2026 ist kein technisches Detail, sondern der Schlüssel zur Systemstabilisierung. Sie ist der Versuch, die GKV aus der demografischen Falle zu befreien, ohne Versorgung, Solidarität oder Wettbewerb zu opfern. Band 35 der IfMDA-Schriftenreihe beschreibt damit nicht eine Reformoption unter vielen, sondern den vielleicht letzten konsistenten Ausweg, bevor die GKV vom Umlagesystem zur Dauerkrise wird.

Damit ist aber auch klar: Die GKV leidet nicht an einer Steuerungs-, sondern an einer strukturellen Einnahmenkrise. Mit dem Übergang großer Rentnerjahrgänge in den Ruhestand hat die (schleichende) Zerstörung der finanziellen Basis eines einkommensabhängigen Umlagesystems schon begonnen. Wer diese Realität weiter verdrängt, riskiert nicht nur explosiv steigende Zusatzbeiträge, sondern langfristig eine faktische Systeminsolvenz der GKV. Die Zeit für kosmetische Korrekturen ist vorbei. Die Finanzierung braucht einen strukturellen Neuanfang.

Institut für Mikrodaten-Analyse (IfMDA)
Prof. Dr. Thomas Drabinski (Institutsleitung)
Harmsstr. 13
24114 Kiel
institut@ifmda.de
<https://ifmda.de>