



Pressemitteilung

Verband der Ersatzkassen e. V.

Askanischer Platz 1

10963 Berlin

www.vdek.com

X [@vdek_Presse](#)

[in](#) [LinkedIn](#)

28. Januar 2026

Finanzentwicklung der GKV und SPV

vdek: Ausgaben wirksam begrenzen, Versorgung modernisieren, faire Verteilung der Lasten

Die finanzielle Lage in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der sozialen Pflegeversicherung (SPV) spitzt sich weiter zu. Trotz wiederholter Beitragsanpassungen und der Gewährung von Darlehen laufen die Ausgaben in beiden Sozialversicherungszweigen immer mehr aus dem Ruder und werden 2026 in der GKV ein Rekordniveau von geschätzt rund 370 Milliarden Euro und in der SPV von geschätzt rund 80 Milliarden Euro erreichen. Um die beiden wichtigen Säulen der sozialen Sicherung auch für die Zukunft modern und demografiefest aufzustellen, fordert der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) eine strikte Orientierung der Ausgaben– an der Einnahmenentwicklung, eine bessere Steuerung der Versorgung und mehr gesamtgesellschaftliche Verantwortung bei der Finanzierung versicherungsfremder Leistungen.

GKV: Einsparungen in Milliardenhöhe durch wirksame Ausgabenbegrenzung

„Die Beitragssatzerhöhungen in der GKV zu Beginn des Jahres haben alle wachgerüttelt“, sagte Ulrike Elsner. „Der durchschnittliche erhobene Zusatzbeitragssatz liegt mittlerweile bei 3,13 Prozent und ist damit doppelt so hoch wie vor drei Jahren. Ohne tiefgreifende Reformen erwarten wir für 2027 erneut eine Finanzierungslücke von mehr als zehn Milliarden Euro.“ Das Ungleichgewicht von Einnahmen und Ausgaben werde sich auch in Zukunft fortsetzen, wie eine vom vdek beauftragte Analyse des IGES– Instituts zeigt. Durch den vermehrten Eintritt der Babyboomer in die Rente und eine weiterwachsende Teilzeitquote sei mit Mindereinnahmen von jeweils 0,2 Prozentpunkten zu rechnen. Dies werde zwar abgefedert durch einen Rückgang bei der Familienversicherung um 0,1 Prozentpunkte. Unter

dem Strich führe dies aber zu einem Rückgang der Beitragseinnahmen bis zum Jahr 2035 um 0,3 Prozentpunkte, das heißt um sechs Milliarden Euro.

Die Strukturveränderungen auf der Einnahmenseite verstärken damit den Handlungsbedarf auf der Ausgabenseite. „Wir brauchen daher eine verbindliche Obergrenze für die Steigerung von Vergütungen sowie Mengen- und Struktureffekte. Bei konsequenter Umsetzung dieser einnahmenorientierten Ausgabenpolitik wäre die Ausgabensteigerung im Jahr 2025 um zwölf Milliarden Euro geringer ausgefallen.“

Elsner stellte zehn Kernforderungen aus den Bereichen Krankenhaus, Arzneimittel, Ambulante Versorgung und der auskömmlichen Finanzierung versicherungsfremder Leistungen vor, mit denen die GKV jährlich um weitere Milliardenbeträge entlastet werden könnte. Dazu gehört unter anderem die Deckelung des Pflegebudgets im Krankenhausbereich (3,2 Milliarden Euro jährlich), die Senkung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel (sieben Milliarden Euro jährlich) und die Erhöhung der Herstellerabschläge für Pharmaunternehmen (1,8 Milliarden jährlich), und die kostendeckende Finanzierung von Bürgergeldempfangenden (zehn Milliarden Euro jährlich).

Bessere Steuerung der ambulanten Versorgung durch neues Primärversorgungsmodell

Elsner begrüßte zudem das Vorhaben von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken, noch in diesem Sommer einen Referentenentwurf für ein Primärversorgungsmodell zur besseren Orientierung für die Patientinnen und Patienten und kürzere Wartezeiten auf Facharzttermine auf den Weg zu bringen. „Zu viele Patientinnen und Patienten warten zu lange auf einen Arzttermin und finden keine Orientierung im System. Das muss sich endlich ändern.“ Für die Ersatzkassen seien dabei drei Instrumente entscheidend: eine digital gestützte Ersteinschätzung, die elektronische Überweisung und eine zentrale Terminplattform für schnellere Arzttermine. Die Vorbereitungsarbeiten für die Umsetzung müssten bereits jetzt beginnen.

SPV: Die Politik hat es versäumt, für eine faire Finanzierung der Pflege zu sorgen

Auch in der SPV sei der finanzielle Druck extrem hoch, betonte Uwe Klemens, ehrenamtlicher Verbandsvorsitzender des vdek. „Um den Beitragssatz 2026 stabil zu halten, wurden erneute Kredite eingesetzt, das ist eine finanzielle Stabilität auf Pump.“ 2027 seien diese Kredite jedoch aufgebraucht und es sei eine erneute Finanzierungslücke von 0,3 Beitragssatzpunkten, also sechs Milliarden Euro, zu erwarten. Klemens forderte die Politik auf, die gewährten Darlehen des Staates in Höhe von 4,2 Milliarden Euro mit den bestehenden Schulden des Bundes gegenüber der SPV (Coronakosten) zu verrechnen.

Bedingt durch den demografischen Wandel und den 2017 eingeführten neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff mit fünf Pflegegraden hat sich die Zahl der Pflegbedürftigen mehr als verdoppelt. Erhielten 2010 rund 2,3 Millionen Menschen Leistungen aus der SPV, sind es heute 5,7 Millionen. Die Politik habe auf der einen Seite mit sinnvollen sozial- und pflegepolitischen Maßnahmen wie den Leistungszuschlägen für die stationäre Pflege, der Erhöhung der Sach- und Geldleistungen sowie den Tarifierungen für Pflegekräfte reagiert. So lag das durchschnittliche Monatsgehalt für Fachkräfte in der Altenpflege im April 2024 bei rund 4.228 Euro – 1.600 Euro mehr als vor zehn Jahren.

Auf der anderen Seite habe es die Politik aber versäumt, die erweiterten Leistungen solide zu finanzieren und die Verantwortung gerecht zwischen Staat, Beitragszahlenden der SPV, der privaten Pflegeversicherung und individueller Verantwortung aufzuteilen, so der Verbandsvorsitzende. „Die Kostensteigerungen wurden auf die Versicherten und Arbeitgeber der SPV und auf die Pflegebedürftigen selbst durch ständig wachsende Eigenanteile abgewälzt.“

Sechs Kernforderungen, um SPV solide zu finanzieren

Die von der Politik eingesetzte Bund-Länder-AG müsse jetzt klarere Antworten auf die wachsenden Finanzierungsfragen geben. Gut sei, dass sie sich zum Teilleistungssystem bekannt habe. Das Lebensrisiko Pflege könne jede und jeden treffen und müsse daher im Kern solidarisch abgesichert werden. Klemens stellte sechs Kernforderungen vor, die jetzt unverzichtbar seien, um die Pflege solidarisch und zukunftsfest zu finanzieren. Dazu gehören ein Finanzausgleich zwischen SPV und privater Pflegeversicherung (zwei Milliarden Einsparungen pro Jahr), die Kostenübernahme versicherungsfremder Leistungen wie die Rückerstattung der Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung für pflegende Angehörige durch den Bund (4,6 Milliarden pro Jahr) und die Rückerstattung der Corona-Mehrkosten (sechs Milliarden Euro einmalig), die Überprüfung des Begutachtungsinstruments mit den Pflegegraden in Hinblick auf den Bedarf der Pflegbedürftigen, die Entlastung der Pflegebedürftigen von hohen Eigenanteilen (durch Übernahme der Investitionskosten für Bau und Instandhaltung der Pflegeheime und der Kosten der Pflegeausbildung durch die Länder), die Stärkung der häuslichen Pflege unter anderem durch Einsatz digitaler Tools und größere Fokussierung auf Prävention als lebenslange gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Pressekontakt:

Michaela Gottfried, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Tel.: 0 30/2 69 31-12 00, E-Mail: michaela.gottfried@vdek.com

Statement Ulrike Elsner, hauptamtliche Vorstandsvorsitzende

Meine Damen und Herren,

Die Beitragserhöhungen in der GKV zum Jahresbeginn haben alle wachgerüttelt. 2026 muss deshalb das Jahr echter Reformen werden. Wir brauchen erstens eine solide Finanzierung und zweitens neue Impulse für die Versorgung.

Zum Ersten: Der durchschnittlich erhobene Zusatzbeitrag liegt mittlerweile bei 3,13 Prozent – doppelt so hoch wie vor drei Jahren. Hinzu kommen staatliche Darlehen an den Gesundheitsfonds, die zurückgezahlt werden müssen. Die finanzielle Lage der GKV bleibt extrem angespannt. Ohne tiefgreifende Reformen erwarten wir für 2027 eine Finanzierungslücke von mehr als zehn Milliarden Euro. Weitere Beitragssatzerhöhungen wären dann unvermeidlich.

Wir haben in der GKV ein massives Ausgabenproblem, das sich insbesondere seit 2024 verschärft hat. Gründe sind eine teure Gesetzgebung, die Schwächung von Maßnahmen zur Ausgaben- und Mengensteuerung, erhebliche Vergütungs- und Leistungsausweitungen sowie eine unzureichende Finanzierung versicherungsfremder Leistungen. Mit Leistungsausgaben von voraussichtlich 370 Milliarden Euro steht ausreichend Geld für die Versorgung zur Verfügung. Laut OECD liegt Deutschland innerhalb der EU auf Platz eins bei den Gesundheitsausgaben. 2023 waren es 5.413 Euro pro Kopf, während das Nachbarland Dänemark 4.137 Euro pro Kopf ausgab – das sind 30 Prozent mehr in Deutschland.

Zusätzlich wird dieses massive Ausgabenproblem durch strukturelle Veränderungen auf der Einnahmenseite verschärft. Eine von uns beauftragte Analyse des IGES Instituts zeigt die Einflüsse von Demografie, Teilzeitbeschäftigung und Familienversicherung auf die Entwicklung der Beitragseinnahmen. IGES hat dafür die Entwicklungen der vergangenen zehn Jahre weiter für die nächsten zehn Jahre prognostiziert: Wir erwarten wegen des vermehrten Eintritts der Babyboomer in die Rente und einer

weiterwachsenden Teilzeitquote Mindereinnahmen von jeweils 0,2 Prozentpunkten. Gegenläufig wirkt der Rückgang bei der Familienversicherung, hier erwarten wir Mehreinnahmen von 0,1 Prozentpunkten. Die Beitragseinnahmen fallen durch diese Effekte damit bis zum Jahr 2035 in Summe um 0,3 Prozentpunkte geringer aus.

Diese Entwicklungen auf der Beitragseinnahmenseite verschärfen den Reformbedarf auf der Ausgabenseite. Um die Beiträge der GKV dauerhaft zu stabilisieren, müssen die Ausgaben dringend konsolidiert werden. Dafür benötigen wir eine einnahmeorientierte Ausgabenpolitik – also eine gesetzliche Regelung, die sicherstellt, dass die Ausgaben nicht stärker steigen als die Einnahmen. Mit einer solchen Regelung hätten die Leistungsausgaben im Jahr 2025 um zwölf Milliarden Euro geringer ausfallen können. Jeder Leistungsbereich sollte seinen Beitrag zur Stabilisierung der Ausgaben und damit der Beitragssätze leisten. Konkrete Vorschläge finden Sie in unserer Pressemappe. Lassen Sie mich kurz auf unsere Kernforderungen eingehen.

Krankenhaus:

Der Krankenhausbereich ist der größte Kostenblock in der GKV. Die Ausgaben werden 2026 geschätzt um etwa 8,2 Prozent auf nahezu 120 Milliarden Euro ansteigen – und das bei einer gleichbleibend niedrigen Bettenauslastung von 72 Prozent. Deshalb brauchen wir bei der Krankenhausreform eine Rückbesinnung auf die ursprünglichen Ziele: Qualität, Konzentration und Bedarfsgerechtigkeit. Dazu gehört auch, die Ausgabenzuwächse zu begrenzen. Deshalb müssen wir die Meistbegünstigungsklausel und die Eins-zu-eins-Tarifrefinanzierung abschaffen sowie das aus dem Ruder gelaufene Pflegebudget reformieren.

Arzneimittelversorgung:

Die Arzneimittelausgaben werden 2026 geschätzt auf mehr als 60 Milliarden Euro ansteigen. Damit haben sich die Ausgaben in den vergangenen elf Jahren mehr als verdoppelt. Diese Entwicklung wird vor allem durch neue, patentgeschützte Arzneimittel getrieben. Mehr als jeder zweite Euro wird für Patentarzneimittel ausgegeben, obwohl diese nur sieben Prozent und damit mengenmäßig einen geringen Anteil an der Versorgung ausmachen. Da

Jahrestherapiekosten pro Versicherten im Millionenbereich heute keine Seltenheit mehr sind, müssen wir schnellstens neue Wege finden, damit wir auch in Zukunft Arzneimittelinnovationen für alle Versicherten zugänglich machen können. Dazu brauchen wir faire Preise für neue Arzneimittel und eine ordnungspolitisch richtige Zuordnung der Lasten.

Wir fordern die Senkung der Mehrwertsteuer von derzeit 19 auf sieben Prozent, eine Erhöhung des gesetzlich festgelegten Herstellerabschlags auf 16 Prozent und die Abschaffung der Sonderregelungen für Orphan Drugs. Pharmaunternehmen sollten verpflichtend Mengenrabatte gewähren müssen, die automatisch den Preis senken, wenn die Menge steigt. Zudem braucht es langfristig eine Neustrukturierung des AMNOG mit dem Ziel, wieder den Zusatznutzen für die Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt der Preisbildung zu setzen.

Wichtig ist, dass die gewollte und notwendige Förderung des Pharmastandorts Deutschland nicht auf Kosten der Beitragszahlenden erfolgt. Standortförderung ist Aufgabe des Staates und nicht der Beitragszahler. Ich komme zu meinem zweiten Thema:

Neue Impulse für die Versorgung.

Auf der Agenda des BMG steht dazu das Thema Primärversorgung. Ich bin Bundesministerin Nina Warken dankbar für ihr Vorhaben, in diesem Sommer einen Referentenentwurf für ein Primärversorgungsmodell vorzulegen. Die Ministerin hat wiederholt deutlich gesagt, dass der bedarfsgerechte Zugang zu Terminen gestärkt und eine Verschränkung von Digitalisierung und Versorgung erfolgen muss. Wir teilen diese Zielsetzung.

Aus Sicht von uns als Ersatzkassen geht es dabei um eine bessere Orientierung für die Versicherten und kürzere Wartezeiten auf Facharzttermine. Damit Primärversorgung im Alltag tatsächlich funktioniert, kommt es entscheidend auf ihre konkrete Ausgestaltung an. Wichtig sind dabei drei Instrumente: 1. eine digital gestützte Ersteinschätzung, 2. die elektronische Überweisung und 3. eine zentrale Terminplattform für schnellere Facharzttermine. Doch erst durch das Zusammenspiel dieser Instrumente schaffen wir eine spürbar zielgenauere und verlässlichere

Versorgung – gerade dann, wenn Menschen mit einem konkreten Problem medizinische Hilfe suchen.

Schauen wir auf die Versorgung bei akuten Erkrankungen.

Viele Versicherte suchen heute zuerst Orientierung – und genau hier setzt eine digital gestützte Ersteinschätzung an. Sie kann insbesondere bei neuen oder schwer einzuordnenden Beschwerden helfen, die Dringlichkeit einzuschätzen und die richtige Anlaufstelle zu finden: Muss ich sofort handeln? Genügt zunächst ein Gang in die Apotheke? Bin ich in einer Hausarztpraxis richtig oder brauche ich fachärztliche Unterstützung? Entscheidend ist, dass die digitale Ersteinschätzung über eine reine Orientierung hinausgeht und Versicherte gezielt in die passende Versorgung überführt – mit klaren Handlungsempfehlungen und, wo sinnvoll, mit einer verbindlichen Terminvermittlung.

Zugleich bleibt die Haus- oder Kinderarztpraxis ein wesentlicher Zugang zur Versorgung. Für viele Menschen ist sie bei akuten Beschwerden die erste und vertraute Anlaufstelle und das soll auch so bleiben. Die Ärztinnen und Ärzte kennen ihre Patientinnen und Patienten, können Beschwerden einordnen und in sehr vielen Fällen unmittelbar helfen. Gleichzeitig muss auch dort von Beginn an eine strukturierte Ersteinschätzung stattfinden, damit zum Beispiel nichtmedizinische Fachberufe die Behandlung übernehmen können, wenn keine Ärztin oder kein Arzt erforderlich sind. Wenn fachärztliche Unterstützung notwendig ist, muss der Übergang reibungslos funktionieren: mit einer elektronischen Überweisung und einem schnellen Zugang zu Facharztterminen über eine Terminplattform. Ob digital oder vor Ort in der Hausarztpraxis: Für die Versicherten muss am Ende ein klarer, verlässlicher Pfad stehen – ohne Umwege, ohne unnötige Wartezeiten.

Daneben gibt es eine dritte Gruppe: Versicherte mit chronischen Erkrankungen. Für viele dieser Patientinnen und Patienten ist die Versorgung dauerhaft fachärztlich geprägt. Hier sollte die Behandlung auch fachärztlich koordiniert werden – vor allem über Dauerüberweisungen, die eine kontinuierliche Betreuung ermöglichen. Maßgeblich ist, dass Menschen mit chronischen Erkrankungen nicht bei jeder Fragestellung erneut den Weg über die Hausarztpraxis gehen müssen, wenn der fachärztliche

Behandlungsbedarf klar ist. Eine solche klare Zuordnung schafft Kontinuität und entlastet die Hausarztpraxen.

Primärversorgung heißt klare Orientierung und zielführendes Handeln sowie mehr Verlässlichkeit und Effizienz in der ambulanten Versorgung. Die Politik muss dafür die richtigen Rahmenbedingungen setzen. Gestern fand ein vielversprechendes Auftaktgespräch auf Einladung der Bundesgesundheitsministerin statt – entscheidend wird in den weiteren Detailgesprächen sein, den Versorgungsalltag tatsächlich abzubilden und zu verbessern – und da liegt ganz klar unsere Aufgabe als gemeinsame Selbstverwaltung.

Statement Uwe Klemens, ehrenamtlicher Verbandsvorsitzender

Meine Damen und Herren,

2026 muss endlich das Jahr der Pflege werden. Grundlegende Finanz- und Strukturreformen dürfen nicht weiter verschoben werden, denn die finanzielle Lage der sozialen Pflegeversicherung (SPV) und damit die Situation in der Pflege spitzen sich immer weiter zu:

Wie in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) steigen die Ausgaben rasant an und werden im Jahr 2026 ein Rekordniveau von geschätzt rund 80 Milliarden Euro erreichen. Sie liegen damit nur deshalb auf Höhe der erwarteten Einnahmen, weil der Beitragssatz zu Jahresbeginn um 0,2 Prozentpunkte angehoben wurde und die SPV ein Darlehen in Höhe von 500 Millionen Euro erhalten hat. Ohne diese Maßnahmen lägen die Einnahmen mit rund 70 Milliarden Euro deutlich unter den Ausgaben. Um die Zahlungsfähigkeit der SPV sicherzustellen und die Beitragssätze 2026 stabil zu halten, müssen weitere Darlehen des Bundes in Höhe von 3,2 Milliarden Euro eingesetzt werden. Eine finanzielle Stabilität auf Pump also.

Ab 2027 sind diese Kredite jedoch aufgebraucht, und wir erwarten erneut eine dramatische Finanzlücke von rund 0,3 Beitragssatzpunkten, also etwa sechs Milliarden Euro. 2028 wird es dann richtig eng: Die Kredite müssen planmäßig zurückgezahlt werden, die Anzahl der Pflegebedürftigen wird weiter ansteigen und zusätzlich steht – richtigerweise – die nächste planmäßige Erhöhung der Geld- und Sachleistungsbeträge in der SPV an.

Die Ursachen für die Entwicklung sind seit Jahren bekannt: Bedingt durch den demografischen Wandel und die 2017 eingeführten neuen Begutachtungsrichtlinien mit fünf Pflegegraden hat sich die Zahl der Pflegebedürftigen mehr als verdoppelt. Hatten 2010 rund 2,3 Millionen Menschen Anspruch auf Leistungen der SPV, sind es heute rund 5,7 Millionen. Prognosen zufolge werden 2045 bis zu sieben Millionen Personen pflegebedürftig sein. Hinzu kommen sozialpolitisch sinnvolle Neuregelungen, die die Situation der Pflegekräfte und Pflegebedürftigen verbessert, aber die

Pflege verteuert haben: Leistungszuschläge für die stationäre Pflege, die Erhöhung der Sach- und Geldleistungen sowie die Tarifierpassungen für Pflegekräfte.

Glücklicherweise gehören Pflegekräfte heute nicht mehr zu der Berufsgruppe mit den niedrigsten Löhnen. So lag das durchschnittliche Monatsgehalt für Fachkräfte in der Altenpflege nach Angaben des Statistischen Bundesamtes im April 2024 bei 4.228 Euro – 1.600 Euro mehr als vor zehn Jahren. Auch Azubis erhalten mittlerweile eine überdurchschnittliche Vergütung von im Schnitt 1.310 Euro. Gut ist, dass die Politik es nun endlich auch geschafft hat, mit dem neuen Pflegekompetenzgesetz (jetzt BEEP) die Kompetenzen von Pflegekräften zu stärken und besser zu nutzen.

Allerdings wurde es versäumt, diese erweiterten Leistungen solide zu finanzieren und die Verantwortung gerecht zwischen Staat, Beitragszahlenden der SPV sowie der privaten Pflegeversicherung und individueller Verantwortung aufzuteilen. Vielmehr wurden die Kostensteigerungen überwiegend auf die SPV-Beitragszahlenden abgewälzt. So ist der Beitragssatz der SPV seit ihrer Gründung von einem Prozent auf 3,6 Prozent gestiegen, bei Kinderlosen auf 4,2 Prozent. Gleichzeitig steigen auch die Belastungen der Pflegebedürftigen durch Eigenanteile weiter. Die Zahl der Pflegebedürftigen, die auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen sind, ist weiter hoch. So erhielten knapp 432.000 Personen im Laufe des Jahres 2024 Hilfe zur Pflege. Das heißt, dass für diese Menschen die Eigenmittel und die Leistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichen, um den Pflegebedarf zu bezahlen.

Die von der Bundesregierung eingesetzte Bund-Länder-Kommission „Zukunftspakt Pflege“ identifiziert zwar die richtigen Stellschrauben, gibt aber vor allem keine klaren Antworten auf die wichtigen Finanzierungsfragen der Zukunft. Gut ist, dass sich die Arbeitsgruppe zum Teilleistungssystem der SPV bekennt. Dies unterstützen wir ausdrücklich. Die Pflege ist ein Lebensrisiko, dem Einzelne zwar vorbeugen können, das jedoch grundsätzlich jede und jeden treffen kann. Derartige Risiken müssen daher weiterhin im Kern solidarisch abgesichert werden. Dazu braucht es eine faire Finanzierung. Die Bund-Länder-AG soll nun bis Ende Februar eine abschließende Bewertung der Ergebnisse vorlegen. Folgende sechs Punkte

sind dabei aus unserer Sicht unverzichtbar, um die Pflege solidarisch und zukunftsfest zu finanzieren:

1. **Ein Finanzausgleich zwischen SPV und privater Pflegeversicherung ist überfällig.** Es ist nicht nachzuvollziehen, weshalb ausgerechnet die private Pflegeversicherung mit ihrer einkommensstärkeren Versichertenklientel und einem geringen Pflegerisiko aus der Solidargemeinschaft ausgenommen wird. Ein Finanzausgleich würde die SPV um zwei Milliarden Euro jährlich entlasten.
2. **Versicherungsfremde Aufgaben, die die SPV auftragsweise für den Staat übernimmt, sind aus Steuermitteln zu finanzieren.** Dazu gehört die Rückerstattung der Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung für pflegende Angehörige in Höhe von rund 4,5 Milliarden Euro jährlich durch den Bund. Auch die zusätzlichen Mehrkosten, die durch die Coronapandemie angefallen sind, muss er endlich zurückzahlen. Hier stehen sechs Milliarden Euro aus. Der für die Jahre 2024 bis 2027 ausgesetzte Bundessteuerzuschuss für versicherungsfremde Leistungen in Höhe von einer Milliarde Euro muss dauerhaft fließen und dynamisiert werden. Gleichzeitig sind die gewährten Darlehen des Staates an die SPV in Höhe von insgesamt 4,2 Milliarden Euro mit den bestehenden Schulden des Bundes gegenüber der SPV zu verrechnen.
3. **Die Passgenauigkeit des Begutachtungsinstruments mit seinen Pflegegraden sollte überprüft werden.** Es sollte geprüft werden, ob die Pflegegrade ihre Ziele erreichen und wo gegebenenfalls nachgesteuert werden muss. Der GKV-Spitzenverband hat hierzu ein Gutachten in Auftrag gegeben. Das sollte abgewartet werden. Eine generelle Streichung des Pflegegrads 1 ist nicht zielführend und wird auch nicht zu einer starken finanziellen Entlastung führen. Nach einer Berechnung des vdek hat die SPV 2024 für den Pflegegrad 1 rund 630 Millionen Euro ausgegeben, was lediglich etwa einem Prozent der Gesamtausgaben entspricht.
4. **Die Pflegebedürftigen müssen von hohen Eigenanteilen entlastet werden.** Um die Belastung für die Pflegebedürftigen in den stationären Pflegeeinrichtungen abzumildern, sollten die Länder endlich die Investitionskosten für Bau und Instandhaltung der Pflegeheime vollständig

übernehmen. 2022 trugen die Bundesländer davon nur rund 876 Millionen Euro, während die Pflegebedürftigen 4,4 Milliarden Euro aufbringen mussten. Hinzu kommen die Kosten der Pflegeausbildung. Diese werden zum großen Teil von den Beitragszahlenden der GKV und SPV und von den Pflegebedürftigen über Eigenanteile finanziert. Die Länder beteiligen sich nur mit einer halben Milliarde Euro jährlich an den Kosten. Ausbildung ist jedoch Staatsaufgabe und sollte von den Ländern getragen werden. Dies gilt ebenso für die ambulante Pflege. Die Dynamisierung der Leistungen ist hier weitaus geringer ausgefallen als der Anstieg der Preise für die Pflegeleistungen.

5. **Häusliche Pflege stärken, pflegende An- und Zugehörige stärken:** Rund fünf von sechs Pflegebedürftigen werden zu Hause gepflegt – zum überwiegenden Teil von Angehörigen, aber auch von ambulanten Pflegediensten oder einer Mischung aus beidem. Diese Netzwerkstrukturen müssen gestärkt werden. Um die pflegenden Zu- und Angehörigen zu unterstützen, braucht es eine gezielte Anleitung durch die professionelle Pflege. Zudem sollten digitale Lösungen zum Einsatz kommen, die die Angehörigen bei Information, Organisation und Kommunikation unterstützen, bürokratische Prozesse vereinfachen und den Pflegealltag durch digitale Assistenz- und Dokumentationssysteme erleichtern.
6. **Fokus auf Prävention:** Um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder hinauszuzögern sowie Belastungen abzumildern, sollte die Prävention weiter ausgebaut werden. Präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen wie Sturzprophylaxe oder die Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit sollten stärker in den Blick genommen werden. Dies ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die von SPV, GKV, Kommunen und Ländern gemeinsam getragen werden sollte.

Zentrale Forderungen zur Finanzstabilisierung

Rückkehr zu einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik

Als vdek fordern wir die Rückkehr zur einnahmeorientierten Ausgabenpolitik: Die Ausgaben dürfen nur so stark steigen wie die Einnahmen. Es braucht eine verbindliche Obergrenze für die Steigerung von Vergütungen sowie für Mengen- und Struktureffekte. Bei konsequenter Umsetzung wäre die Ausgabensteigerung im Jahr 2025 um zwölf Milliarden Euro geringer ausgefallen.

Daneben fordern wir folgende zehn zentrale Maßnahmen:

1. Deckelung des Pflegebudgets

Das Pflegebudget sollte im Rahmen einer Konvergenz reduziert und wieder in das Fallpauschalensystem zurückgeführt werden. Von 2020 auf 2024 sind die Kosten für das Pflegepersonal von 15 Milliarden auf 22,6 Milliarden Euro und die Anzahl der Pflegevollzeitkräfte von 331.000 auf 372.000 überproportional angestiegen. Losgelöst davon brauchen wir eine klare Definition, was „Pflege am Bett“ bedeutet, um Missbrauch zu vermeiden.

Einsparpotenzial: bis zu etwa 3,2 Milliarden Euro pro Jahr

2. Streichen der Meistbegünstigungsklausel

Die Meistbegünstigungsklausel sieht vor, dass entweder die Kostensteigerung (Orientierungswert) oder die Entwicklung der Grundlohnrate als Steigerungsrate für Krankenhausaufgaben herangezogen wird – je nachdem, welcher Wert höher ist. Im Sparpaket wurde die Meistbegünstigungsklausel bereits für ein Jahr ausgesetzt (2026). Sie muss dauerhaft gestrichen werden. Wir fordern, dass zukünftig die Ausgaben auch im Krankenhausbereich nicht stärker steigen dürfen als die Einnahmen.

Einsparpotenzial 2026: 1,3 Milliarden Euro

3. **Abschaffung der vollständigen Refinanzierung von Tarifsteigerungen im Krankenhaus**

Die vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen aller Beschäftigten im Krankenhaus gehört abgeschafft. Die mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) eingeführte Regelung bietet einen Fehlanreiz zu unwirtschaftlichen Tarifabschlüssen, da die Kosten an die Krankenkassen durchgereicht werden können. Rückwirkend seit 2024 müssen die Krankenkassen Tarifsteigerungen oberhalb der Obergrenze vollumfänglich ausgleichen, zuletzt rund 640 Millionen Euro.

Einsparpotenzial 2026: 500 Millionen Euro

4. **Senkung der Mehrwertsteuer auf Arznei- und Hilfsmittel**

Ein Steuersatz von 19 Prozent auf Arzneimittel und unterstützende wie entlastende Hilfsmittel ist nicht sachgerecht. Ähnlich wie im Bereich von Grundnahrungsmitteln braucht es eine Reduzierung auf sieben Prozent.

Einsparpotenzial: bis zu sieben Milliarden Euro pro Jahr

5. **Erhöhung der Herstellerabschläge**

Wir fordern eine Erhöhung des gesetzlich festgelegten Herstellerabschlags auf 16 Prozent als Konsolidierungsbeitrag.

Einsparpotenzial: 1,8 Milliarden Euro pro Jahr

6. **Abschaffung der Sonderregelungen für Orphan Drugs**

Die automatische Anerkennung eines Zusatznutzens bis zu einer Umsatzschwelle von 30 Millionen Euro ist nicht gerechtfertigt. Jedes Medikament sollte einer vollständigen, transparenten Nutzenbewertung unterzogen werden, um unverhältnismäßige Preise zu vermeiden. Auch hier gilt: Preis und Zusatznutzen müssen im richtigen Verhältnis zueinanderstehen.

7. **Rückführung der haus- und kinderärztlichen Leistungen in die Mengensteuerung**

Die gesetzlichen Regelungen zur Entbudgetierung haus- und kinderärztlicher Leistungen haben nicht zu einer besseren Versorgung oder mehr Terminen geführt. Wir fordern daher die Rückführung dieser Leistungen in die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung.

Einsparpotenzial 2026: 670 Millionen Euro

8. **Wiedereinführung der Ausschreibungsmöglichkeit für Hilfsmittel**

Inzwischen ist im Hilfsmittelbereich der Wettbewerb um den besten Mix aus Preis und Leistung fast vollständig zum Erliegen gekommen. Wir fordern daher, neben dem Vertragsprinzip Ausschreibungen wieder zu ermöglichen.

Einsparpotenzial 2026: 350 Millionen Euro

9. **Kostendeckende Finanzierung der Gesundheitsausgaben für Bürgergeldempfangende**

Wir fordern die vollständige Erstattung der entstehenden Ausgaben für die gesundheitliche Versorgung von Bürgergeldbeziehenden durch den Bund. Aktuell erhalten die gesetzlichen Krankenkassen je Bürgergeldempfangenden eine Erstattung von 133,17 Euro im Monat. Tatsächlich fallen im Schnitt jedoch Kosten in Höhe von 311,45 Euro pro Versicherten im Bürgergeld an. Die Krankenkassen bleiben auf rund zwei Dritteln der Kosten sitzen.

Einsparpotenzial ab 2026: zehn Milliarden Euro jährlich

10. **Dynamisierung des Bundeszuschusses**

Der Bundeszuschuss für versicherungsfremde Leistungen ist seit 2017 nicht angehoben worden, die Leistungsausgaben haben sich in dieser Zeit jedoch um 44 Prozent erhöht. Es bedarf einer dauerhaften Dynamisierung des Bundeszuschusses.

Einsparpotenzial ab 2026: bis zu 1,5 Milliarden Euro jährlich

Stand: 28.01.2026

Grafiken zur Ausgabendynamik in der GKV

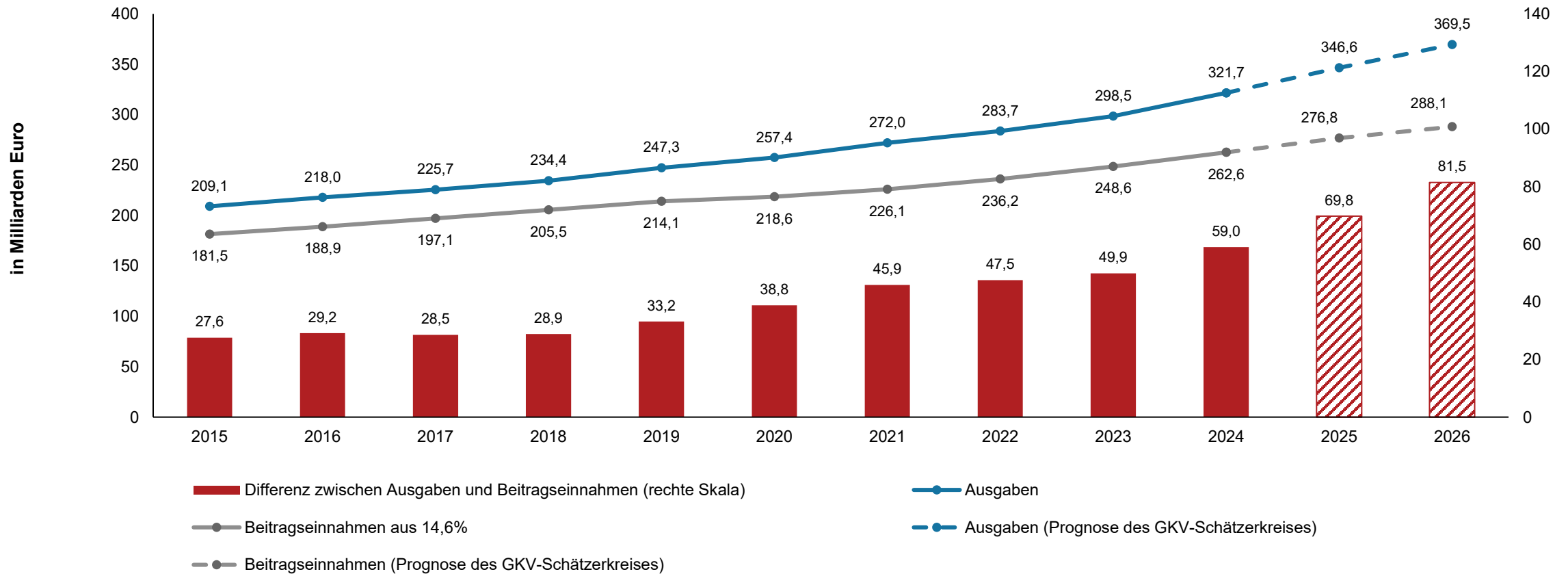
Stand 28.01.2026

Finanzen GKV 2026/2027

- In 2026 werden wir rund 370 Mrd. € ausgeben
- Der durchschnittliche, nach Mitgliedern gewichtete Beitragssatz liegt seit dem 1.1.2026 bei 3,13 % (+ 0,19 %)
- Die Ausgaben steigen um 23 Mrd. € im Vergleich zum Vorjahr
- Einnahmen-Ausgaben-Schere klafft weiter auseinander
- Die Finanzierungslücke 2027 wird auf mehr als 10 Mrd. € prognostiziert



Ausgaben und Einnahmen aus allg. Beitragssatz & jährliche Differenz



Einnahmen-/Ausgabenschere spreizt sich zunehmend

Jährliches Ausgabenwachstum (in Prozent):

2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025*	2026*
4,28	3,49	3,87	5,51	4,09	5,65	4,33	5,21	7,75	7,76	6,61

Jährliche Entwicklung der Einnahmen** (in Prozent):

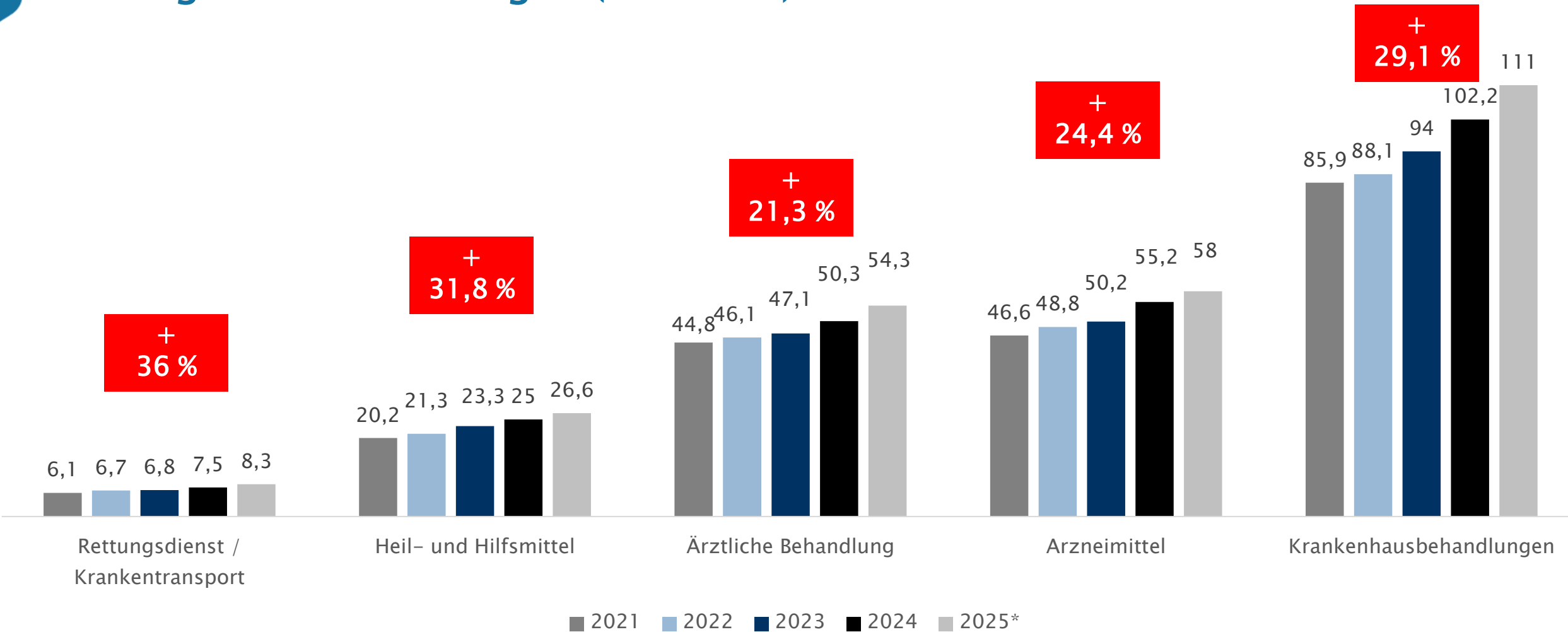
2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025*	2026*
4,03	4,37	4,26	4,19	2,09	3,43	4,47	5,26	5,63	5,41	4,05

Einnahmen-/Ausgabendelta für 2025 und 2026 von –2,5 %-Punkte*

* Schätzung nach vdek-Schätzerkreis

** Beitragseinnahmen aus 14,6 %

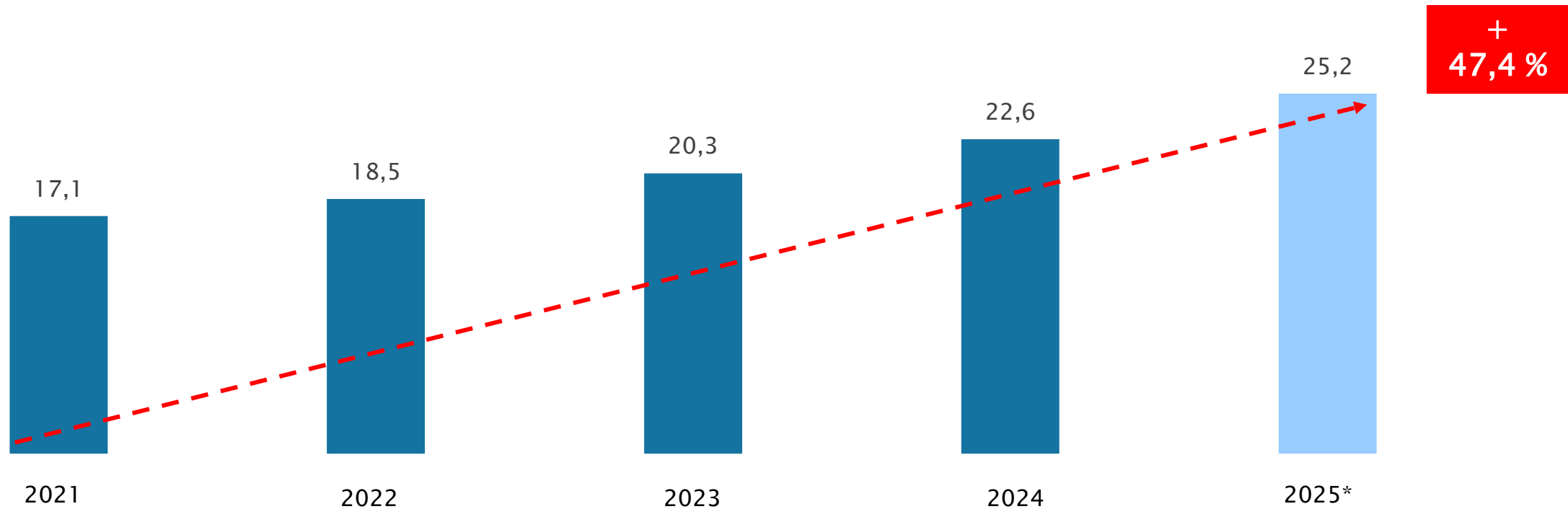
Ausgabenentwicklungen (in Mrd. €)



* Schätzung nach vdek-Schätzerkreis

Ausgaben Pflegepersonal in Krankenhäusern

in Mrd. €. GKV-weit



* Schätzung nach vdek-Schätzerkreis

Nachhaltige Finanzierung gestalten

- Einnahmen und Ausgaben ins Gleichgewicht bringen, Zuwächse begrenzen
- Richtige Zuordnung von Aufgaben: vollständige Übernahme versicherungsfremder Leistungen (wie Bürgergeld, Mutterschutz, Kinderkrankengeld...) – seit 2017 keine Anpassung des Bundeszuschusses zur GKV
- Allein im **Bürgergeld** fehlen GKV-weit jährlich rund 10 Mrd. €

GKV-Erstattung pro Kopf: 133,17 €

Durchschnittlich anfallende Kosten: 311,45 €

(PKV-Erstattung pro Kopf: bis zu 471,32 €)

- Mehrwertsteuer auf Arznei- und Hilfsmittel senken

„Wir brauchen eine faire Lastenverteilung und eine Rückkehr zur
einnahmenorientierten Ausgabenpolitik“

Analysen zur GKV-Einnahmebasis

im Auftrag des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

IGES Institut

Neujahrspressekonferenz des vdek, 28. Januar 2026

Be- und entlastende Faktoren der GKV-Einnahmebasis (2010 bis 2035) als Beitragssatzeffekte

Einnahmenrelevante Effekte	2010	2025	2035	Belastung/Entlastung Ø jährlicher Effekt in BSP und Mrd. €* (Jahre 2025-2035)
Zunahme Rentner	16,5 Mio. Mitglieder	16,8 Mio. Mitglieder	20,1 Mio. Mitglieder	+0,2 BSP (4 Mrd. €)
Kennzahl: Mitglieder KVdR				
Zunahme Teilzeitarbeit	25%	35%	40%	+0,2 BSP (4 Mrd. €)
Kennzahl: Teilzeitquote**				
Rückgang Familienversicherung	10,7%	5,0%	3,7%	-0,1 BSP (2 Mrd. €)
Kennzahl: Anteil erwachsener Familienversicherter				
Gesamt				+0,3 BSP (6 Mrd. €)

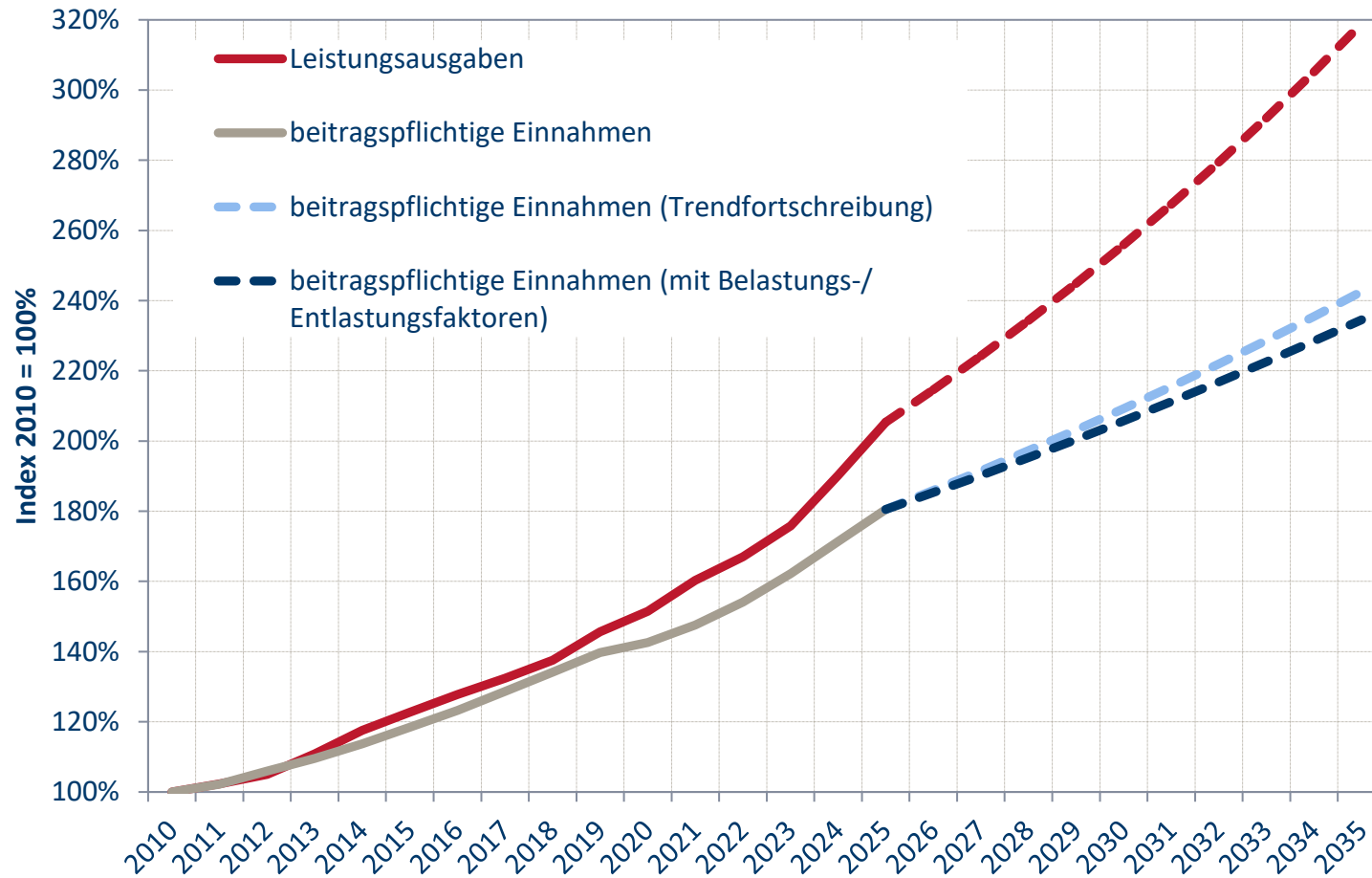
Quelle: IGES auf Basis von Daten der Statistiken KJ1, KM1 und KM6 sowie Ergebnisse der 16. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, mittlere Variante G2L2W2; exkl. LKKen

BSP = Beitragssatzpunkte

* = Beitragssatzeffekt ggü. Szenario mit Trendfortschreibung; Mrd. € in Beitragseinnahmen des Jahres 2026

** = bezogen auf die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten GKV-Mitglieder

Entwicklung der GKV-Ausgaben-Einnahmen-Schere in Abhängigkeit von Belastungs-/Entlastungsfaktoren



Trendfortschreibung

Zunahme Rentner
und Teilzeitquote,
Rückgang Familienversicherung

+0,3 BSP
(6 Mrd. € p.a.)

ggü. Trendfortschreibung

Quelle: IGES auf Grundlage von Daten der KJ1-Statistik und des Sozioökonomischen Panels (SOEP)
Annahme einer Lohn- und Rentenentwicklung von +3% p.a. gem. langfristiger Finanzplanung der Bundesregierung und einer Leistungsausgabenentwicklung von +4,5% p.a. (Stützzeitraum 2011-2020)
Beitragssatzeffekt ggü. Szenario mit Trendfortschreibung; Mrd. € in Beitragseinnahmen des Jahres 2026
BSP = Beitragssatzpunkte

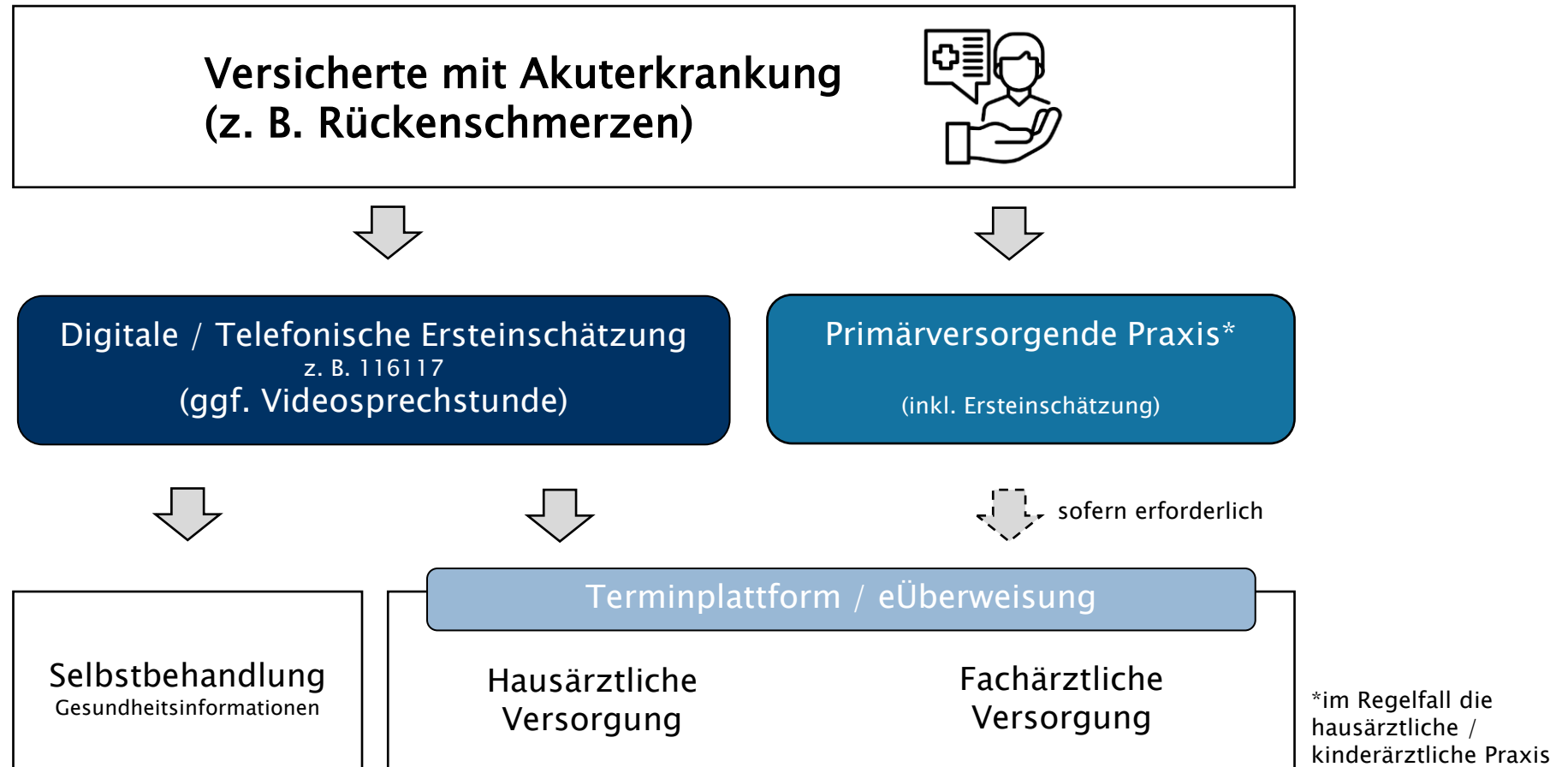
IGES Institut

www.iges.com

Patientensteuerung in der ambulanten Versorgung

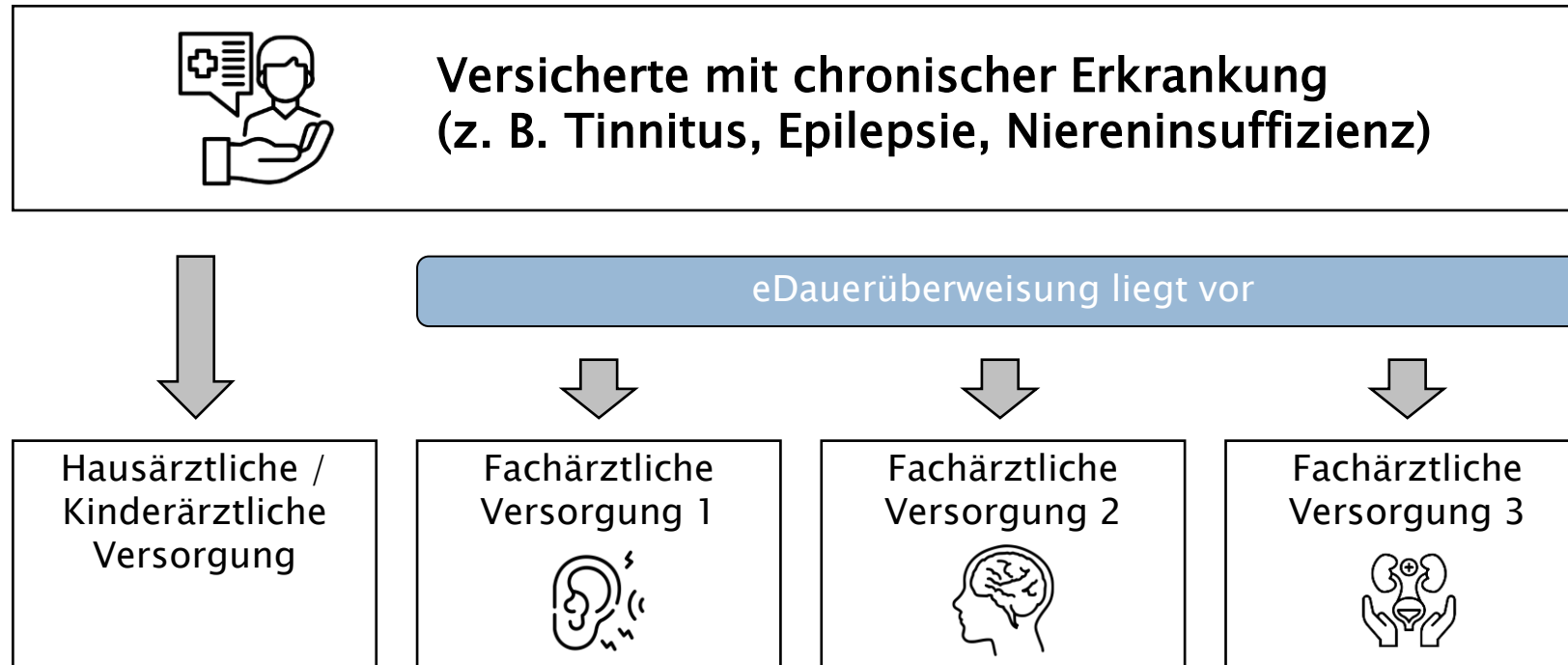
- Versorgungsbedarf bei Akut- und Routinefall
- Versorgungsbedarf bei Menschen mit chronischen Erkrankungen
- Instrumente für ein effizientes Primärversorgungssystem

Versorgungsbedarf bei Akut- und Routinefall



Icon:
<https://www.flaticon.com/de/>

Versorgungsbedarf bei Menschen mit chronischen Erkrankungen



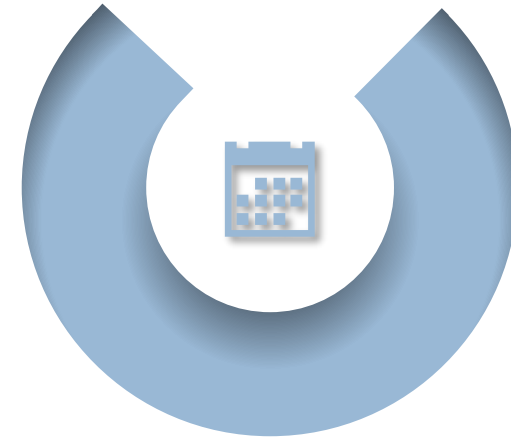
Instrumente für ein effizientes Primärversorgungssystem



**EIN einheitliches
Ersteinschätzungstool**



**elektronische Überweisung
(eÜberweisung)**



**GKV-Termin-
plattform**