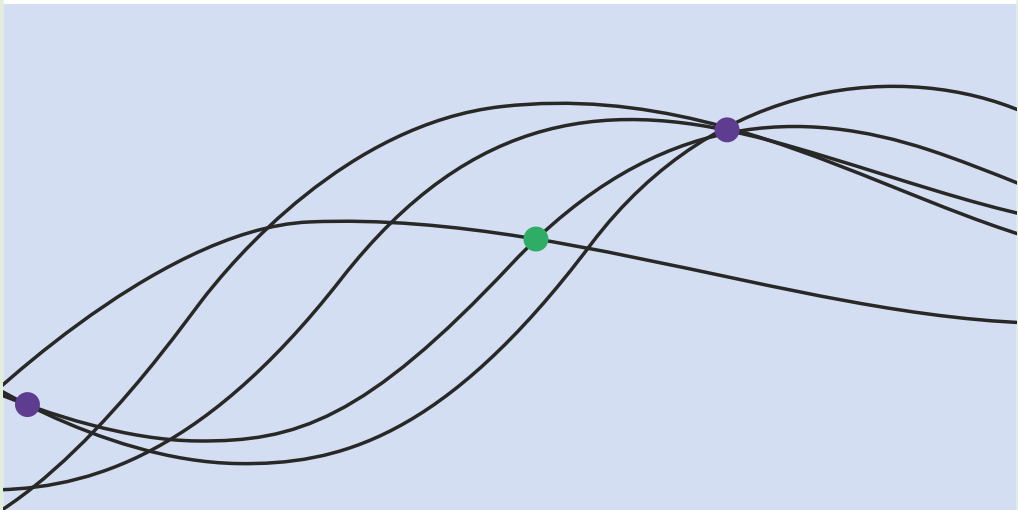


Gesundheitswesen aktuell 2026

Beiträge und Analysen

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp



Franz Knieps
Kostendämpfung, Strukturreformen, Paradigmenwechsel –
Blockaden oder Aufbruch in der Gesundheitspolitik?
Seite 16–38

doi: 10.30433/GWA2026-16

Franz Knieps

Kostendämpfung, Strukturreformen, Paradigmenwechsel – Blockaden oder Aufbruch in der Gesundheitspolitik?

Der Beitrag gibt einen Überblick über die gesundheitspolitische Situation in Deutschland im Frühjahr 2026. Er beschreibt die schwierige Ausgangslage für die Gesundheitsreformen der Großen Koalition in Zeiten von Kriegen und stagnierender Wirtschaft. Dazu kommt die Betrachtung der grundlegenden Strukturprobleme von Krankenversorgung und Krankenversicherung – wie Fachkräftemangel, Versorgung über Sektorengrenzen, Arztbezogenheit statt Kooperation der Gesundheitsberufe, finanzielle Schiefelage von GKV und PKV sowie die ungerechte Lastenverteilung in der Finanzierung – und skizziert Perspektiven zur Lösung dieser Probleme. Zudem werden laufende Reformansätze und politische Initiativen beschrieben und in den aktuellen Kontext eingeordnet.

Es ist jetzt mehr als ein Jahr her, dass die Spitzen von Unionsparteien und SPD nach zügigen Koalitionsverhandlungen Anfang April 2025 bekannt gaben, dass sie sich auf einen neuen Koalitionsvertrag geeinigt hätten. Schon bald stellte sich die Frage, was aus dem weitgehend fragmentarischen Text in Bezug auf die Gesundheitspolitik insgesamt und speziell im Hinblick auf die Zukunft von Versorgungsstrukturen und Versorgungsprozessen konkret folgen sollte. Obwohl sich die finanzielle Situation der Kranken- und Pflegeversicherung dramatisch verschlechterte, blieb der „Herbst der Reformen“ aus. Erst im Mai 2026 kam das zu erwartende Vorschaltgesetz.

Nach den Landtagswahlen in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz im Jahr 2026 soll jetzt die Zeit bis zur nächsten Wahlrunde im Herbst für Reformen bei Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung genutzt werden. Die von der Bundesregierung eingesetzte Finanzkommission Gesundheit (FKG) hat einen ersten Bericht für Sparmaßnahmen und Lastenverschiebungen im Gesundheitswesen vorgelegt,

ein zweiter zu strukturellen Reformen soll im Herbst folgen. Die in den letzten beiden Legislaturperioden nicht zu Ende gebrachte Reform der Notfallversorgung soll alsbald erneut in Angriff genommen werden. Auch die Vorarbeiten zur Aufwertung der Primärversorgung und der besseren Koordination der Versorgungsprozesse speziell mithilfe digitaler Steuerungsinstrumente werden intensiv mit den Beteiligten erörtert und finden ihren Niederschlag im Referentenentwurf eines Gesetzes für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen. Eine durchgreifende Reform der Prävention ist zumindest angekündigt. Stiefkind bleibt die Pflege. Hier konnte sich eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe weder auf kostendeckende Finanzierungsformen noch auf innovative Vorschläge zur Sicherung des flächendeckenden Zugangs zur Versorgung, zur Behebung des Fachkräftemangels und zur Sicherung der Qualität einigen.

Der Beitrag versucht, einen Überblick über den aktuellen Stand im Frühjahr 2026 zu geben. Er beschreibt die Ausgangslage in turbulenten politischen und wirtschaftlichen Zeiten, analysiert die wesentlichen Strukturprobleme von Krankenversorgung und Krankenversicherung, skizziert Perspektiven zur Lösung dieser Probleme und nimmt eine Einordnung der bisher vorgelegten Positionierungen vor. Speziell Letzteres muss in weiten Teilen vorläufig bleiben, da die politisch Verantwortlichen in Bund und Ländern in ihren Ankündigungen vage bleiben, sich oft als Verstärker von Partialinteressen missbrauchen lassen und über kein stimmiges Narrativ verfügen, um bei den Bürgerinnen und Bürgern eine breite Akzeptanz für einschneidende, aber gleichwohl ausgewogene Reformen mit dem Ergebnis einer Belastungsgerechtigkeit zu erreichen.

Die Welt im Umbruch – Schwierige Ausgangsbedingungen für die Gesundheitspolitik

Wer in diesen Zeiten einen Blick aus der Vogelperspektive auf das Land und über seine Grenzen hinaus wirft, der wird nicht umhinkommen, festzustellen: Die Welt ist aus den Fugen geraten. Russlands imperialistischer Eroberungskrieg gegen die Ukraine und die gezielte Destabilisierung Europas bis hin zur unverhohlenen

Bedrohung der westlichen Lebensart haben die sogenannte Friedensdividende nach dem Jahr 1989 endgültig aufgezehrt. Der Terrorangriff der palästinensischen Hamas auf Israel und die kriegerischen Folgeaktionen in Gaza, im Libanon, im Iran und den Golfstaaten haben den Nahen Osten in Brand gesetzt. Die multilaterale Weltwirtschaftsordnung wird durch US-Präsident Donald Trump unter tatkräftiger Mitwirkung vieler Tech-Milliardäre mit spürbaren Folgen für Ökonomie, Wohlstand und politische Stabilität der gesamten Welt zunehmend infrage gestellt.

Die nationale Ökonomie des Exportweltmeisters Deutschland stagniert im dritten Jahr hintereinander. Die rasant ansteigende Erderwärmung, die sich am stärksten in Europa messen lässt, verliert an öffentlicher Aufmerksamkeit, obwohl Zahl und Ausmaß von Naturkatastrophen steigen, gegen die der Mensch weitgehend machtlos erscheint. Die Stimmen werden leiser, die fragen, wie die wirtschaftlichen, sozialen und vor allem ökologischen Dimensionen der Nachhaltigkeit in Einklang gebracht werden können. Auch die Erfahrungen, die in der Pandemie gemacht wurden, verblassen. Ohne eine kritische Aufarbeitung der Fehler im internationalen (Ist das Virus doch bei einem Laborunfall entwichen? Wie solidarisch waren die Staaten auf der Welt?) und nationalen Kontext (Welche Maßnahmen waren evidenzbasiert wirksam, und welche haben dem sozialen Zusammenhalt der Gesellschaft und vulnerablen Gruppen irreparable Schäden zugefügt?) ist Deutschland schutzlos der nächsten Pandemie ausgeliefert. Da reicht es nicht aus, die Maskengeschäfte eines früheren Ministers anzuprangern und den Blick stur nach vorn zu richten. Eine endlich eingerichtete Enquetekommission des Deutschen Bundestags muss auch die psycho-sozialen Folgen einer sehr umstrittenen obrigkeitsstaatlichen Infektionspolitik mit auf den ersten Blick nicht sichtbaren Folgeschäden für viele Personengruppen aufarbeiten. Diese und andere Entwicklungen lassen sich nicht allein auf nationaler Ebene beantworten. Deutschland muss bewusst den Vergleich mit anderen Ländern suchen und fragen, was hätte sich wie vermeiden lassen. In all diesen Fragen sind also vor allem transnationale Antworten auf der Ebene Europas oder gar der gesamten Staatenwelt gefragt. Gesundheitspolitik ist in vielen Bereichen nur noch global denkbar.

Soziodemografische, ökonomische und technologische Herausforderungen und Chancen

Daneben bedarf es überzeugender Antworten auf soziodemografische, ökonomische und technologische Entwicklungen. Auch die treten nicht allein in Deutschland auf, müssen aber vor allem auf der nationalen Ebene beantwortet werden. Dabei kann man sich natürlich stärker auf internationale Erfahrungen und ausländische Beispiele beziehen. Von besonderer Bedeutung ist die demografische Entwicklung, die zu einer veränderten Sozialstruktur (die Zahl der Einpersonenhaushalte steigt, nicht nur in städtischen Ballungsgebieten) und zu einem steigenden Behandlungsbedarf führt, gleich ob man der Kompressionsthese (steigende Lebenserwartung geht mit mehr gesunden Lebensjahren einher) oder der Medikalisierungsthese (steigende Lebenserwartung verursacht höhere Leistungsausgaben) folgt. Offensichtlich lässt sich in Deutschland ein Nebeneinander beider Trends in Abhängigkeit von der sozialen Lage der jeweiligen Personengruppen beobachten, die sich zugespitzt auf einen Nenner bringen lässt: Wer arm ist, ist gesundheitlich anfälliger und stirbt früher. Das wird aber in weiten Teilen von Politik, Wirtschaft und Gesellschaft ebenso wenig als bedrohlich empfunden wie die himmelschreienden Ungerechtigkeiten bei der Verteilung von Einkommen und Vermögen. Als generelle Bedrohung taugt die Demografie, wie der Ökonom und Journalist Andreas Hoffmann erst jüngst dargelegt hat, jedenfalls nicht.

Die Demografie beeinflusst gleichwohl wesentlich den Fachkräftebedarf und das entsprechende Verhältnis von Angebot und Nachfrage. Dabei ist Deutschland bei Gesundheit und Pflege insoweit auffällig, als das Land bei internationalen Vergleichen in der Relation von Gesundheitsberufen zu Einwohnerinnen und Einwohnern auf der Systemebene gut abschneidet, aber auf der lokalen und regionalen Ebene fast flächendeckend unbesetzte Stellen und Versorgungssitze mit der Folge von Zugangsbeschränkungen und Unterversorgung aufweist. Das betrifft mittlerweile selbst wohlhabende Regionen und Stadtteile. Und das gilt erst recht für strukturschwache Regionen und benachteiligte Stadtteile. Bei einer genaueren Ursachenanalyse stellt sich heraus, dass unter anderem die Vielzahl von Teilzeit-

Beschäftigten und die steigende Bedeutung der Work-Life-Balance ebenso eine Rolle spielen wie die zunehmende Spezialisierung zulasten der Grundversorgung und die mangelhafte Anziehungskraft ländlicher Räume nach Aus- und Weiterbildung in attraktiven Universitätsstädten. Ohne den Einsatz von Fachkräften mit Migrationshintergrund würde im deutschen Gesundheitswesen morgen das Licht ausgehen. Es kann aber nicht die Lösung sein, anderen Ländern die dort benötigten Fachkräfte abspenstig zu machen. Entsprechend vorsichtig sollte man mit staatlichen Anwerbeprogrammen in Ländern mit eigenem Fachkräftemangel sein.

Schließlich sind auch interne Entwicklungen im Gesundheits- und Pflegesystem ursächlich für rasante Veränderungen. Dies lässt sich exemplarisch an zwei Punkten festmachen. Zum einen stellt die digitale Transformation Gesundheit und Pflege vor große Herausforderungen. Die Standardisierung und Digitalisierung der Prozesse, der Einsatz von Künstlicher Intelligenz, die Nutzung und Zusammenführung von Versorgungs- und Abrechnungsdaten zu Big Data sowie die Auswirkungen des Vordringens der Plattformökonomie nicht nur im Oligopol der Tech-Milliardäre aus dem Silicon Valley mögen als Stichpunkte an dieser Stelle reichen. Die digitale Transformation ist zum anderen Voraussetzung für die Entwicklung und den Einsatz personalisierter Medizin auf der Basis neuer Instrumente wie der frühzeitigen Entdeckung von Risikofaktoren durch die Genomsequenzierung und der Entschlüsselung des Eiweißkreislaufs, der Ausweitung von individualisierter Vorbeugung und Disease Interception sowie der Organisation von morbiditätsorientierten Prozessketten entlang von Patientenpfaden (Patient Journeys).

Ungelöste Reformfragen im verkrusteten deutschen Gesundheitssystem

Die Probleme des deutschen Gesundheitswesens sind jedoch keineswegs nur von exogenen Faktoren bestimmt. Ein wesentlicher Teil ist vielmehr hausgemacht. Das Nebeneinander von Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung mit sehr

unterschiedlichen Strukturprinzipien (Umlagefinanzierung versus Kapitaldeckung, Solidarprinzip versus Äquivalenzprinzip, Sachleistung versus Kostenerstattung, Einzelleistungsvergütung versus Gesamtvergütung) hat nicht etwa einen fruchtbaren und fairen Systemwettbewerb initiiert, sondern leistet einen wesentlichen Beitrag zur Entsolidarisierung in der Bevölkerung und in der niedergelassenen Ärzteschaft. Der juristische und/oder ökonomische Zwang, sich für ein System zu entscheiden oder einen Wechsel zu einem anderen Anbieter zu unterlassen, hat zu einer Einschränkung und nicht etwa einer Ausweitung der Freiheit der Versicherten geführt. Die unterschiedliche Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen in GKV und PKV ist wesentliche Ursache dafür, dass gesetzlich und privat Versicherte unterschiedlich lange auf Facharzttermine warten müssen und zu bestimmten Behandelnden keinen Zugang finden, es sei denn, sie ordern überflüssige individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) oder erklären sich zu Selbstzahlenden. In diesem Kontext ist zu hinterfragen, ob und inwieweit Terminvermittlung und Patientenmanagement ausschließlich den Körperschaften des öffentlichen Rechts, also Kassenärztlichen Vereinigungen und/oder Krankenkassen, überlassen werden sollen oder auch private Vermittlungsagenturen wie Doctolib tätig werden können und sollen.

Die künstliche Trennung und Aufspaltung der Versorgungssektoren ist zwar von der Entwicklung in der Medizin überholt, prägt aber wesentlich die ökonomischen Fehlanreize mit der Folge von Unter-, Über- und Fehlversorgung. Die sektoral getrennte Planung von Kapazitäten, die unterschiedlichen Finanzierungs- und Honorierungssysteme in Abhängigkeit von Ort und Form der Leistungserbringung und die zersplitterten und überbürokratisierten Regularien für die Qualitätssicherung ersticken die Kreativität für neue, patientenzentrierte Versorgungsformen bereits im Keim. Es mangelt politisch wie praktisch trotz einer Vielzahl von Brückenkonstruktionen zwischen den Sektoren an Kommunikation, Koordination und Kooperation. Die fehlenden Zielbestimmungen und die dysfunktionalen ordnungspolitischen Rahmenbedingungen begünstigen eine egoistische Optimierung von Institutionen und Sektoren zulasten einer allgemeinen Wirtschaftlichkeit und einer messbaren Spitzenqualität. Betriebswirtschaft schlägt Volkswirtschaft.

Das hat aber nichts mit Ökonomisierung zu tun, sondern ist schlicht eine Folge von unklaren Aufgabenzuweisungen und Verantwortlichkeiten nicht nur zwischen Bund und Ländern, sondern auch im ordnungspolitischen Mix von staatlicher Administrierung, kollektivvertraglicher Steuerung über Selbstverwaltung und einzelwirtschaftlicher Entfaltung von Markt und Wettbewerb. Eine stringente Ordnungspolitik ist dem Gesundheitswesen längst abhandengekommen.

Das deutsche Gesundheitswesen ist trotz Personalmangels nach wie vor einseitig auf Kompetenzen und Rechte der ärztlichen Profession fixiert. Zwar werden andere Gesundheitsberufe wie psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Pflegekräfte, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie andere mehr besser ins System integriert und auch schrittweise besser bezahlt. Von einer echten Kooperation auf Augenhöhe mit den Ärztinnen und Ärzten kann zumindest rechtlich bisher nicht die Rede sein. Bis zur eigenständigen Heilkundenausübung ist es noch ein weiter Weg. Zumindest für entsprechend qualifizierte Pflegekräfte ist eine schnelle gesetzliche Normierung der Befugnis zur Heilkundenausübung auf den Weg gebracht worden. Der Gesetzentwurf atmet aber immer noch die längst überholte Unterordnung der Pflege unter die ärztlich geleitete Medizin und kann nur ein erster Schritt zu einer umfassenden Modernisierung des Berufsrechts für alle Gesundheitsberufe sein.

Ob dazu die Gestaltungskraft der regierenden Koalition ausreicht, wird sich exemplarisch bei der Gestaltung der Primärversorgung zeigen. Alle Erfahrungen in vergleichbaren Gesundheitssystemen mit flächendeckenden niedrigschwelligen Zugangsmöglichkeiten – etwa in Skandinavien, Großbritannien, den Niederlanden oder Kanada – zeigen, dass Primärversorgung nicht auf ein Primärarztsystem verkürzt werden kann. Vielmehr wird ein interaktives Ineinandergreifen von virtuellen Assessments und Steuerungsansätzen, multiprofessioneller Primärversorgung und gestaffelten Angeboten von Sekundärversorgung in spezialisierten Praxen, Netzen und Zentren unter Nutzung von Big Data und Künstlicher Intelligenz verlangt.

Die finanzielle Schieflage von Kranken- und Pflegeversicherung – Die Verantwortung der Politik

Das Finanzierungssystem der Gesetzlichen Krankenversicherung und in der Folge auch der sozialen Pflegeversicherung ist in den Grundfesten fest in der Industriegesellschaft des 19. Jahrhunderts betonierte. Dies gilt sowohl für die beitragsrechtliche Fokussierung auf Löhne und Gehälter beziehungsweise deren Ersatzleistungen (Renten, Krankengeld, Arbeitslosengeld, ...) als auch implizit für die Nichtberücksichtigung anderer Einkünfte wie vor allem Kapitaleinkünfte. Neue Arbeitsformen und ausdifferenzierte Erwerbsbiografien werden nur unzureichend erfasst. Speziell der Bund macht sich einen schlanken Fuß, indem er bei Transferleistungsempfängenden nur unzureichend seinen Verpflichtungen nachkommt, für eine annähernd kostendeckende Beitragszahlung zu sorgen. Eine entsprechende Änderung wurde zwar schon dreimal in Koalitionsverträgen vereinbart und zuletzt von der GKV-Finanzkommission gefordert, von den zuständigen Fachministerien – also den Bundesministerien für Finanzen und dem für Arbeit und Sozialordnung – aber kalt lächelnd ignoriert. Im neuen Koalitionsvertrag kommt eine solche Verpflichtung erst gar nicht vor.

In den Haushaltsgesetzen der Jahre 2025 und 2026 ist nur von einem völlig unzureichenden kleinen Darlehen an Kranken- und Pflegeversicherung die Rede, nachdem der Bundeskanzler, der Finanzminister und die Gesundheitsministerin implizit oder explizit weitergehende Erwartungen geweckt hatten. Es grenzt schon an Unverschämtheit, wenn die Begründung zum Bundeshaushalt 2025 die steile These aufstellt, die Steuerzahlenden könnten nicht zur Subventionierung von Defiziten in reformunfähigen Sozialversicherungen herangezogen werden. Dabei ist es doch gerade umgekehrt. Die Beitragszahlenden – und hier nur die gesetzlich Versicherten – zahlen für Aufgaben, die der Staat aus Steuermitteln zu finanzieren hätte.

Bund und Länder scheuen sich grundsätzlich nicht, die Sozialversicherungen zur Finanzierung öffentlicher Aufgaben heranzuziehen, und vertrauen darauf, dass

die Träger als Körperschaften des öffentlichen Rechts nach bisher herrschender Meinung nicht grundrechtsfähig sind und so nicht in Karlsruhe klagen können. Hier könnte die Rechnung ohne den Wirt ausgestellt sein, denn in der Wissenschaft und bei den Sozialgerichten mehren sich die Stimmen, die die dreiste Überwälzung von versicherungsfremden Leistungen – wie zum Beispiel gehäuft in der Corona-Pandemie – oder die Vernachlässigung staatlicher Finanzierungsverpflichtungen per Vorlage an das Bundesverfassungsgericht abstellen wollen. Bedauerlich ist in jedem Fall der begrenzte Mut der Politik, sich ernsthaft mit den Lobbyverbänden im Gesundheitswesen anzulegen und eine zukunftsfähige Finanzierungsreform anzugehen. Dazu sollte ursprünglich erst im Jahr 2027 die schon erwähnte GKV-Finanzierungskommission entsprechende Vorschläge machen. Nicht nur der neuen Ministerin dämmert es, dass schnellere Lösungen erforderlich sind, um die Kostenentwicklung zu bremsen und weitere Beitragssatzsteigerungen zu verhindern. Geradezu perfide ist die geplante Kürzung der Bundeszuschüsse zur Sozialversicherung zur Haushaltssanierung des Bundes.

Den Aufgalopp hat die Ministerin nur wenige Tage vor der Herbsttagung 2025 des sogenannten Schätzerkreises aus Finanzexperten ihres Ministeriums, des Bundesamts für soziale Sicherheit und der Krankenkassen mit einem ersten kleinen Sparpaket für 2026 gemacht. Dabei ist es durchaus fraglich, ob die geplanten Entlastungen in Höhe von zwei bis drei Milliarden Euro ausreichen, um unterjährige Anhebungen der Zusatzbeitragssätze zu vermeiden. Denn viele Krankenkassen und der Gesundheitsfonds müssen im Laufe des Jahres die von den Amtsvorgängern Spahn und Lauterbach gleich mehrfach geplünderten Rücklagen wieder auffüllen.

Und auch im Jahr 2026 hält der Trend zu expansivem Ausgabenwachstum in nahezu allen Leistungsbereichen unvermindert an, denn wirksame Strukturveränderungen sind nach wie vor nicht in Sicht. Diese setzen in aller Regel erst einmal Investments in den Umbau von Strukturen und Prozessen voraus. Zudem lösen angekündigte Begrenzungen stets Vorzieheffekte aus, die zusätzlich ausgabensteigernd wirken. Schließlich darf hinterfragt werden, ob die Inhalte der

kleinen Reform klug ausgewählt worden sind. Die Korrekturen an der Berechnung des Basisfallwerts bei der Krankenhausvergütung, die Begrenzung der sächlichen Verwaltungskosten der Krankenkassen und die Mittelbegrenzung zur Förderung von Innovationen in der Versorgung dämpfen die Kostenentwicklung in nur wenigen Bereichen, ohne eine umfassende Umsteuerung zu bewirken.

Da hilft es wenig, dass einzelne Stimmen in der Regel altbekannte Vorschläge zur Verbesserung der Finanzlage wieder aufwärmen, denn weite Teile der Koalition wollen sich schlicht nicht mit der Einnahmenseite der Sozialversicherung befassen. Es mag ja richtig sein, dass die Sozialkassen grundsätzlich weniger Einnahmels- als Ausgabenprobleme haben, doch kann von einer gerechten Lastenverteilung bei der Finanzierung von Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung keine Rede sein. Das berühmte Gebell der Pawlowschen Hunde bei der Frage nach einer Erhöhung von Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenzen, bei der Einbeziehung weiterer Einkunftsarten insbesondere aus Kapitalerträgen oder Vermietung und Verpachtung oder die Debatte um eine Erhöhung der seit dem Jahr 2004 unveränderten Zuzahlungen lassen ahnen, wie emotionsgeladen die Diskussion weiterer Schritte zur Stabilisierung der GKV-Finanzierung verlaufen wird. Zumindest bis zu den Landtagswahlen im Frühjahr versteckte man sich hinter der Ankündigung von Kommissionsberichten und hielt eine „Giftliste“ von Zumutungen fest im ministeriellen Schrank verschlossen.

Der Erste Bericht der FinanzKommission Gesundheit – Eine Blaupause für ein Vorschaltgesetz?

Erst nach den Landtagswahlen im Südwesten Deutschlands durfte die Finanzkommission Gesundheit den Ersten Bericht mit 66 Empfehlungen zur Stabilisierung der GKV-Beitragsätze ab dem Jahr 2027 veröffentlichen. Sie gliedert ihre Liste nach versorgungspolitischen Prioritäten. In die Kategorie A* fallen sechs Empfehlungen mit positiven Auswirkungen auf die Versorgungsqualität und einem Volumen von 0,9 Milliarden Euro. Den Löwenanteil mit 46 Maßnahmen und einem Volumen von 37,2 Milliarden Euro machen Maßnahmen in der Kategorie A aus,

bei denen keine negativen Auswirkungen auf die Versorgungsqualität erwartet werden. Nachrangige Priorität räumt die Kommission in der Kategorie B insgesamt 14 Empfehlungen mit einem Volumen von bis zu 4,2 Milliarden Euro ein, deren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sicher oder möglicherweise negativ sind.

Im Bereich der Leistungserbringung wird das klare Zeichen gesetzt, dass das Wachstum der Leistungsausgaben künftig von der Einnahmeentwicklung der Krankenkassen begrenzt wird. Diese Rückkehr zur einnahmeorientierten Ausgabenpolitik, die im Jahr 2027 mit einem Volumen von 5,5 Milliarden Euro starten und bis auf 16,6 Milliarden Euro im Jahr 2030 anwachsen soll, ist ein starkes politisches Zeichen, zumal Leistungsausweitungen und Vergütungserhöhungen, die auf gesetzlichen Entscheidungen früherer Legislaturperioden beruhen, teilweise wieder kassiert werden. Dieses Zeichen darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass persönliche Dienstleistungen nicht in gleichem Maße dem Produktivitätsfortschritt wie die Produktion industrieller Güter unterliegen und deshalb weniger Rationalisierungspotenziale aufweisen, auch wenn die digitale Transformation hier effizienzsteigernde Effekte bewirken könnte.

Konkret sind in der ambulanten ärztlichen Versorgung die Abschaffung von Vergütungszuschlägen für Leistungen „neuer“ Patientinnen und Patienten, die auf Vermittlung der Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen in die Praxis kommen, die Rücknahme der Vergütung für die Befüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) und die direkte Absenkung von einzelnen Gebührenpositionen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) geplant. Die Streichung der Homöopathie und die Überprüfung des Hautkrebscreenings aus dem Leistungskatalog aufgrund der dürftigen Evidenzlage wird wohl insgesamt nur geringe Finanzwirkungen haben, aber maximalen politischen Ärger verursachen. Im stationären Sektor geht die Achterbahnfahrt zwischen Be- und Entlastung der Krankenhäuser mit 8,2 Milliarden Euro weiter. Die Wiedereingliederung der Personalkosten in die Fallpauschalen und die Aufhebung der Selbstkostendeckung speziell bei der Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen machen den gewichtigsten Punkt aus.

Hinzu treten erweiterte Eingriffsmöglichkeiten der Medizinischen Dienste bei der Abrechnungsprüfung und Begrenzungen bei der Abrechnung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB).

Hinsichtlich der finanziellen Wirkungen verteilen sich die Empfehlungen zumindest im Startjahr fast gleichmäßig mit je 45 Prozent auf Einnahmeverbesserungen über erhöhte und künftig zu dynamisierende Bundeszuschüsse speziell für die Beiträge von Grundsicherungsempfängenden (12,5 Milliarden Euro), zusätzliche Beitragseinnahmen über die Begrenzung der beitragsfreien Mitversicherung von Ehegatten und die Neujustierung der Arbeitgeberbeiträge bei geringfügigen Beschäftigungen (4,8 Milliarden Euro) und zusätzlichen Konsumsteuern für Spirituosen, Tabak und stark gesüßten Getränken (1,9 Milliarden Euro) – macht insgesamt 19 Milliarden Euro – sowie auf Ausgabensenkungen bei Leistungserbringern und Herstellern von geschätzt ebenfalls 19 Milliarden Euro. Rund zehn Prozent oder 4,1 Milliarden Euro der geplanten Einsparungen sollen die Versicherten, genauer die Patientinnen und Patienten, durch eine fünfzigprozentige Erhöhung der Zuzahlungen und durch Leistungsausschlüsse und -kürzungen, etwa in Höhe von fünf Prozentpunkten beim Krankengeld, beisteuern.

Auch wenn die Bundesregierung die Arzneimittel- und die Medizinproduktehersteller gern als Wachstums- und Zukunftsbranchen feiert, verschont die Kommission die Arzneimittelversorgung nicht von ihren Sparvorschlägen. Diese fallen mit 2,3 Milliarden Euro im Jahr 2027 ansteigend auf 5,2 Milliarden Euro bis zum Jahr 2030 geringer aus als in den anderen Versorgungsbereichen. Speziell die Verlängerung des Preismoratoriums sowie die Verdoppelung und Dynamisierung des Herstellerrabatts dürften auf erheblichen Widerstand der Industrie treffen. Daneben plädieren die Expertinnen und Experten für eine Nachschärfung der Preis-Mengen-Regulierung, die Aufhebung von Ausnahmen für Orphan Drugs und die Erweiterung von Selektivverträgen für patentgeschützte Produkte, etwa zur Erprobung neuer Preismodelle.

Das umfangreiche und fast überall gut begründete Gutachten der Finanzkommission Gesundheit bildet den Auftakt und nicht den Abschluss einer Debatte. Jetzt ist das Bundesministerium für Gesundheit gefordert, einen entsprechenden Gesetzentwurf zu erarbeiten und in die parlamentarischen Beratungen zu geben. Was es mit dem GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz auch prompt getan hat. Ob sich die amtierende Ministerin einen Gefallen damit getan hat, dass sie bestimmte Empfehlungen herausstellte und andere – wie den erhöhten Herstellerabschlag für Arzneimittel – ablehnte, darf bezweifelt werden. Wer der Lobby schon im frühen Stand des Verfahrens vermeintliche Erfolge verspricht, muss damit rechnen, dass diejenigen Aufwind spüren, die sich nicht an einer solidarischen Verteilung von Lasten und Zumutungen beteiligen wollen. Damit schwinden die Chancen auf die Durchsetzung einer mittelfristig angelegten, in der Belastung ausgewogenen Finanzierungsreform als ersten Baustein einer umfassenderen Reformpolitik im Gesundheitswesen.

Stillstand in der Pflege

Eine große Ratlosigkeit lässt sich beispielhaft in der Pflege beobachten. Dort scheint nach dem Desaster bei der Bund-Länder-Arbeitsgruppe die Politik weitgehend zum Stillstand gekommen zu sein. Deshalb soll an dieser Stelle nicht auf die ohnehin spärlichen Einzelheiten im Koalitionsvertrag eingegangen werden. In der Pflegeversicherung wird wider besseres Wissen die Illusion aufrechterhalten, dass diese eine umfassende Absicherung quasi als Vollkaskoversicherung gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit biete. Dabei ist wie vor ihrer Einführung ab dem Jahr 1994 der Eigenanteil der Betroffenen mittlerweile wieder so hoch, dass viele Menschen die staatliche Grundsicherung – vulgo Sozialhilfe – in Anspruch nehmen müssen. Zwar wurde in den letzten Legislaturperioden die Honorierung der Pflegenden verbessert, doch sprechen die sonstigen Arbeitsbedingungen oft noch der modernen Arbeitswelt Hohn.

Der Handlungsbedarf für eine umfassende Finanzierungs- und Strukturreform ist unverändert hoch. Die Debatte um eine Abschaffung oder Umgestaltung des

Pflegegrades 1 scheint nur ein Vorspiel zu den gesellschaftspolitischen Kämpfen zu sein, die bald folgen werden.

Der Umbau von Versorgungsstrukturen und Versorgungsprozessen – Digital und integrativ vor ambulant und stationär

Auch wenn die große und umfassende Gesundheitsreform mehr in den Köpfen von Journalistinnen und Journalisten und anderen externen Beobachtenden als in der Realität eines komplizierten, oft komplexen Systems herumgeistert, lässt sich unzweifelhaft feststellen, dass es in Deutschland nicht an Konzepten und Vorschlägen für einen mehr oder weniger weitreichenden Umbau des Systems gibt. An der Spitze stehen sicherlich die umfassenden und exzellent begründeten Vorschläge des Sachverständigenrats für die Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit und Pflege) und die Initiative Neustart! der Robert Bosch Stiftung. Für den Herbst ist ein Zweiter Bericht der GKV-Finanzkommission zu erwarten. Daneben haben zahlreiche Kommissionen, Arbeitsgruppen, Bündnisse und Verbände mehr oder weniger stark interessengeleitete Vorschläge gemacht. Ganz gewiss gilt: Deutschland hat kein Erkenntnisproblem, sondern ein politisches Umsetzungsproblem.

Anders als beim Thema Finanzierung finden sich im Kapitel Gesundheit und Pflege des Koalitionsvertrags durchaus brauchbare Ansätze zur Umgestaltung von Versorgungsstrukturen und zur Optimierung von Versorgungsprozessen. Dabei gilt es, die knappen Ressourcen Personal, Zeit und Geld effizienter als bisher einzusetzen. Das wird nicht ohne Entschlackung der bisherigen Strukturen und der Nutzung neuer digitaler Kommunikationswege und Steuerungsinstrumente gehen. Mit Sicherheit müssen sogar einige heilige Kühe wie Arztvorbehalt oder freier Direktzugang zum Arzt geschlachtet werden. Andere Länder im Norden Europas, dem Baltikum oder Kanada machen es vor, wie der Erstzugang und die Terminvergabe, die regelhafte Weiterbehandlung und die Überwachung von Behandlungsverläufen ins Netz verlagert werden können. Der Referentenentwurf eines Gesetzes für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDiG) greift

viele der dort gemachten Erfahrungen auf und schreibt die in früheren Digitalgesetzen angelegten Erfahrungen fort. Besonders sei auf die Ausweitung der Möglichkeiten der Krankenkassen bei der Nutzung von Big Data zur Steuerung individueller und kollektiver Versorgungsprozesse und die Information ihrer Versicherten hingewiesen.

Die Neuordnung der ambulanten ärztlichen Versorgung

Die ambulante ärztliche Versorgung der Zukunft wird der strukturierten Gliederung digital und integrativ vor ambulant und stationär folgen. Auch in Deutschland wachsen zarte Pflänzchen neuer Praxisformen mit Advanced Practice oder Community Nurses, Physician Assistants und Telemedizin wie zum Beispiel die Praxen von Lilian Care oder avi medical in unterversorgten Regionen. Ob es gleich ein Umstieg auf ein lückenloses Primärärztsystem sein muss, wie manche eine Passage des Koalitionsvertrags deuten, darf man ernsthaft hinterfragen. Weder haben alle Kassenärztlichen Vereinigungen einschließlich der KBV bisher überzeugende Ansätze zur flächendeckenden Primärversorgung entwickelt und implementiert, noch wären die Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung finanzierbar, wenn sich alle Versicherten dort einschreiben. Auch macht es in vielen Fallgestaltungen wenig medizinischen Sinn, einen zusätzlichen Besuch bei der Hausärztin oder beim Hausarzt einzuschieben. Schließlich ist Primärversorgung mehr als Allgemeinmedizin. Daher müssen sonstige Arztgruppen der Grundversorgung wie Kinderärztinnen und Kinderärzte, Augenärztinnen und Augenärzte oder Gynäkologinnen und Gynäkologen ebenso einbezogen werden wie andere Gesundheitsberufe, speziell die (akademisierte) Pflege oder die Physiotherapie. Durch eine Steigerung der Gesundheitskompetenz (Health Literacy) müssen die Menschen wieder in die Lage versetzt werden, geringfügige Gesundheitsprobleme (Husten, Schnupfen, Heiserkeit) ohne Inanspruchnahme der professionellen Strukturen – etwa durch Beratung in der Apotheke und Selbstmedikation – in den Griff zu bekommen.

Eine neu ausgerichtete Grundversorgung muss eng mit der fachärztlichen Versorgung in der Niederlassung und im Krankenhaus vernetzt werden. Der Weg zu interprofessionellen Teams und zu Versorgungsnetzen über Professions- und Sektorengrenzen hinaus muss konsequent weitergegangen werden. Auch die Werksärztinnen und Werksärzte und die arbeitsmedizinischen Dienste sollten stärker in die Versorgung einbezogen werden. Wesentliches Instrument zur Koordinierung der Versorgung (auf das Wort Steuerung sollte besser verzichtet werden; Menschen sind keine Maschinen) sollten dabei indikationsbezogene Patientenfunde unter Einbindung von Lotsen und Krankenkassen mit dem Ziel einer indikationsspezifischen Patient Journey sein, die datenbasierte Risikoanalysen, gezielte Früherkennung und wirksame individualisierte Prävention vor Ausbruch einer Krankheit umfassen. Voraussetzung dafür ist ein Zusammenspiel von klinischen Daten und Abrechnungsdaten sowie die Nutzung von Big Data und Künstlicher Intelligenz. Mit spezifischer Prävention, der Ausweitung ebenfalls individualisierter Vorbeugung und unter bestimmten Bedingungen auch einer Disease Interception, also einer Krankheitsunterbrechung, soll der Eintritt einer manifesten Erkrankung oder von Pflegebedürftigkeit hinausgezögert oder gar verhindert werden. Nach Einschätzung vieler Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sind hier erhebliche Potenziale zur Versorgungsverbesserung und zur Optimierung der Mittelallokation zu erschließen. Dazu müssen soziale Angebote und Selbsthilfe, Rehabilitation und Pflege besser mit der kurativen Akut- und Chronikerversorgung vernetzt werden. Am Ende der Patientenreise müssen End-of-Life-Care, Schmerztherapie und Palliativversorgung flächendeckend einbezogen und deren Inanspruchnahme erleichtert werden. Das Konzept von Value-Based Care sieht hier eine Vielzahl von neuen Instrumenten und Handlungsansätzen vor.

Die stationäre Versorgung auf dem Weg nach Echternach

In der stationären Versorgung bestimmen ein desperater Föderalismus, in dem sich viele Bundesländer trotz Maulheldentums mancher Provinzfürsten ihren inhaltlichen und finanziellen Verpflichtungen entziehen, und demzufolge in der Gesetzgebung die Echternacher Springprozession das Bild. Zwei Schritten nach

vorn folgt ein Schritt zurück. In dem jüngsten Gesetz zur Anpassung der Krankenhausreform (KHAG) wird der Zeitplan für die Transformation der Krankenhäuser gestreckt, es werden bestimmte Qualitätsanforderungen für Krankenhäuser in unterversorgten Regionen gesenkt und aus dem Bundeshaushalt wird kurzfristig Geld für eine Zwischenfinanzierung zur Verfügung gestellt. Die Landespolitiker werden dabei kaum der Versuchung widerstehen, diese Mittel mit der Gießkanne über alle Häuser zu verteilen. Konsequenter wäre es, Gelder aus dem Sondervermögen gezielt und ausschließlich zur notwendigen Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft einzusetzen. Der Krankenhaus-Transformationsfonds wird aus Steuermitteln des Bundes und der Länder und nicht von den Krankenkassen finanziert, aber der grundsätzliche Weg zur Konzentration der Krankenhäuser über sogenannte Leistungsgruppen und der Schaffung neuer Zwischenformen zur ambulanten Versorgung wie sogenannte Level-1i-Häuser, die in manchen Regionen bereits erfolgreich implementiert wurden, ist alternativlos. Bedenken bleiben jedoch insbesondere bei der Abweichung von einheitlichen Qualitätsstandards und der Zusammenrechnung benachbarter Krankenhäuser. Auch die genaue Ausgestaltung der Vorhaltefinanzierung birgt ebenso Gefahren wie die unklaren Vorgaben für Sicherstellungszuschläge bei Häusern im ländlichen Raum.

Notfallreform – Klappe 1! Die Dritte

Von herausragender Bedeutung und vom Koalitionsvertrag mit hoher Dringlichkeit versehen ist die schon zweifach ausgearbeitete Reform von Notfallversorgung und Rettungsdiensten. Der Direktzugang an der teuersten Stelle der Gesundheitsversorgung muss anders gestaltet werden, damit die stark angestiegene Nutzung bei geringfügigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen zurückgedrängt wird. Hier sind schwierige Gespräche mit den Bundesländern zu erwarten. Dort ist der Rettungsdienst in aller Regel bei den Innenministern ressortiert, die schon immer klare Vorstellungen von der Selbstkostendeckung durch die Krankenkassen hatten und haben. Die in manchen Bundesländern eskalierenden Auseinandersetzungen zwischen Kostenträgern und Rettungsdiensten – beispielsweise über sogenannte Leerfahrten – dürften hier nur einen kleinen Vorgeschmack bilden.

Und sonst?

Nur wenig lässt sich dem Koalitionsvertrag zur Zukunft der Arzneimittelversorgung im Allgemeinen und zur Bestimmung des Erstattungspreises für innovative Produkte, die nur für kleine Gruppen von Patientinnen und Patienten bestimmt sind, im Besonderen entnehmen. Die Ausnahme von sogenannten Orphan Drugs aus den AMNOG-Regelungen zu Nutzenbewertung und Erstattungspreisen wird von der Finanzkommission Gesundheit infrage gestellt. Darüber hinaus wird die Zusammensetzung der Faktoren diskutiert, die für eine faire Bestimmung der Erstattungspreise herangezogen werden sollen. Wenn sogar in den USA die Renditen der Pharmaindustrie infrage gestellt werden, müsste dies den Wohlfahrtsstaaten in Europa zu denken geben. Keinesfalls kann akzeptiert werden, dass Europa und Asien die Zeche für Trumps Interventionen zahlen sollen, wie dies internationale Pharmakonzerne fordern.

Schließlich bekennt sich auch die neue Regierung – wie jede ihrer Vorgängerinnen – zu einer Stärkung von Prävention und Vorsorge. Ob daraus ein echter Spurwechsel werden kann, wird erst die Detailarbeit im entsprechenden Gesetzgebungsverfahren zeigen, deren Beginn frühestens im Herbst des Jahres 2026 zu erwarten ist. Schon in der Vergangenheit erwies es sich als Hindernis, dass der Bundesgesetzgeber keine allgemeine Kompetenz für die Gesundheitspolitik hat, sondern diese nur als Annex zu anderen Kompetenzfeldern wie Sozialversicherung oder Infektionsschutz ausüben kann.

An der Bundeskompetenz zur Reform der Pflegeversicherung, die nicht nur in bedrohlichen Finanznöten steckt, sondern auch strukturell mit den skizzierten demografischen Problemen überfordert ist, bestehen keine Zweifel. Aber der Weg zu Reformen über eine Bund-Länder-Kommission auf Ministerebene zu finden, erwies sich als abwegig. Solange die Bundesländer ihren Verpflichtungen zur auskömmlichen Investitionsfinanzierung bei Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen nicht nachkommen, sollten allen Forderungen, die auf eine Finanzierung zu Lasten Dritter hinauslaufen, eine klare Absage erteilt werden.

Die Gefahr ist groß, dass in der Pflege weiter nur an Symptomen herumgedoktert wird und auf die drängende Frage, wie die gesundheitliche und pflegerische Versorgung einer in Würde alternden Gesellschaft aussehen soll, keine schlüssige und gesellschaftlich akzeptierte Antwort gefunden wird.

Wohin steuert die schwarz-rote Koalition im zweiten Regierungsjahr? – Eine unbefriedigende Antwort

Für die Bewertung der politischen Lage im zweiten Jahr nach der Bundestagswahl ist sicherlich festzustellen, dass Gesundheit und Pflege schon seit Längerem nicht zu den Top-Themen der jeweiligen Bundesregierung gehören. Vor allem fehlen mutige Schritte zum Aufbrechen tradierter Versorgungsstrukturen und zur Gestaltung integrierter, patientenzentrierter Versorgungsprozesse sowie konkrete Vereinbarungen zur Finanzierung der Sozialversicherung. Ist dieses Politikfeld damit in die Landesliga abgestiegen, wie Beobachtende mutmaßen? Allein aus der Zusammensetzung der Arbeitsgruppen in den Koalitionsverhandlungen mit einer Überzahl von Landespolitikerinnen und Landespolitikern lässt sich das noch nicht folgern. Denn bestimmte Probleme lassen sich nach der Verfassungslage – Koalitionsvertrag hin oder her – nur im Zusammenwirken von Bund und Ländern mit den wichtigsten Akteuren des Gesundheitswesens lösen. Hier muss nicht immer mit der Anrufung des Vermittlungsausschusses zwischen Bundestag und Bundesrat gedroht werden.

Die Vorlage von Vorschaltgesetzen zur mittelfristigen Stabilisierung der Finanzlage von Kranken- und Pflegekassen, die Beschleunigung der digitalen Transformation, die baldige Wiedervorlage der Notfallreform einschließlich des Rettungsdienstes und des vertragsärztlichen Notfalldienstes, die Stärkung der ambulanten (Grund-)Versorgung sowie die gezielte Ausrichtung von Prävention und Vorsorge sind verabredet und werden teilweise schon in interne Konzepte und Gesetzesentwürfe gegossen. Viel Zeit und Spielräume für ideologisch geprägte Veränderungen dürften die Verantwortlichen in Bund und Ländern nicht haben. Aber die Aussagen zur Versorgung im Koalitionsvertrag lassen, auch wenn nur stark abstrakt formuliert, einen Willen zur koordinierten Patientenversorgung erkennen.

Hoffentlich ändert die neue Ministerin, eine anerkannte Juristin und erfahrene parlamentarische Geschäftsführerin, Stil sowie Regulierungstiefe und -breite bei neuen Gesetzesvorhaben. Zwar besteht kein Anlass, darauf zu hoffen, dass in dieser Legislaturperiode eine Neukodifizierung des SGB V erfolgt, doch könnten bessere Abstimmungen in der Koalition, eine frühzeitige Einbindung der Betroffenen und ein Verzicht auf detaillierte Regulierung von Einzelfällen die Qualität der Gesetzgebung deutlich verbessern. Neben den inhaltlichen Veränderungen ist es von gleicher Wichtigkeit, dass Gesetzgebung und Verwaltung das Vertrauen der Bürgerinnen und Bürger in die Funktionsfähigkeit des Staates einschließlich der Selbstverwaltung wiederherstellen. Nur so lassen sich komplexe Systeme begreifbar machen und im Interesse der Nutzerinnen und Nutzer steuern. Gesundheit und Pflege sind ein Kernbereich der Daseinsvorsorge. Deren Funktionsfähigkeit bildet nach gesicherten sozialwissenschaftlichen Erkenntnissen einen wichtigen Gradmesser für das Vertrauen der Bürgerinnen und Bürger in den Staat und in die Demokratie. Auch wenn die öffentliche Diskussion das Thema Governance im Gesundheitswesen weitgehend ausspart.

Der Verfasser war bis zum 30. Juni 2025 Vorstandsvorsitzender des BKK-Dachverbands und davor unter anderem Abteilungsleiter für Gesundheitsversorgung, Kranken- und Pflegeversicherung im Bundesministerium für Gesundheit und Geschäftsführer Politik im AOK-Bundesverband. Er ist nunmehr als assoziierter Berater und freier Publizist tätig. Der Artikel ist eine Fortschreibung mehrerer Publikationen, die der Verfasser in den letzten Jahren publiziert hat.

Neuere Literatur – ein kommentierter Überblick

Ausführlich setzen sich mit den hier behandelten Fragen auseinander die Beiträge in:
Knieps, F. und Klemm, A.-K. (Hrsg.) (2025). Gesundheitspolitik neu aufgelegt –

Wie die gesetzliche Krankenversicherung funktioniert und weiterentwickelt werden muss. Berlin 2025.

Faktenreich bewertet der Journalist und Ökonom:

Hoffmann, A. (2026). Die erfundene Bedrohung. Wie die alternde Gesellschaft dramatisiert wird und wem das nützt. Warum der Sozialstaat Zukunft hat. Wien.

Eine vertiefende Lektüre zu den Möglichkeiten des Value-Based Care-Ansatzes bieten die Beiträge in:

Hager, L. et al. (Hrsg.) (2024). Gemeinschaftsprojekt Gesundheit – Wie Value-Based Care das Gesundheitswesen neu erfindet. Berlin.

Speziell zur künftigen Entwicklung der Krankenhäuser siehe:

Gaß, G., Neumeyer, H. und Morell, I. (Hrsg.) (2024). Das Krankenhaus der Zukunft – Herausforderungen, Chancen, Innovation. Berlin.

Auch mit Anregungen des Verfassers für ein modernes Gesundheitsrecht:

Lemke, T. et al. (Hrsg.) (2026). Innovation für die Gesundheit – Versorgung gestalten, Zukunft sichern. Berlin.

Der Erste Bericht der Finanzkommission Gesundheit (auf der Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit) gibt 66 Empfehlungen zur Stabilisierung des Beitragssatzes zur Gesetzlichen Krankenversicherung ab 2027. Online unter www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/F/FinanzKommission_Gesundheit/FinanzKommissionGesundheit_Erster_Bericht_20260330.pdf (Download am 22. April 2026).

Eine erste Bewertung der Ergebnisse der Finanzkommission und des GKV-Beitrags-satzstabilisierungsgesetzes nimmt vor:

Reiner, H. (2026). Beitragssatzstabilität in der GKV. Kurzfristiges Ziel oder langfristige Perspektive. In: Soziale Sicherheit 5/2026. S. 18–23.

Vorschläge zur Neuordnung der Regulierung der Arzneimittelversorgung macht der Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege in seinem jüngsten Gutachten:

Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege (2025). Preise innovativer Arzneimittel in einem lernenden Gesundheitssystem. Berlin. Online unter www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2025/SVR_Gutachten_2025.pdf (Download am 22. April 2026).

Eine Gezeitenwende machen drei Professoren aus und setzen auf die Gamechanger wirksame Prävention und Früherkennung, digitale Transformation und Künstliche Intelligenz, Strukturveränderungen und Prozesssteuerung:

Karagiannidis, C., Augurzyk, B. und Alscher, M. D. (2025). Die Gesundheit der Zukunft – Wie wir das System wieder fit machen. Stuttgart.

Impulse für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung gibt das Werk von:

Petzold, T. und Böhlend, B. (Hrsg.) (2025). Adaptive Transformation des Gesundheitswesens. Berlin.

Ein konkretes Umsetzungskonzept liefert:

Woskowski, S. (2025). The road ahead of rethinking Healthcare. Teil 1: Kleine Schritte mit großer Wirkung. In: Gesundheits- und Sozialpolitik 79 (2). S. 18–22. DOI: 10.5771/1611-5821-2025-2-18 (Download am 22. April 2026, Teil 2 folgt 2026).

Die Kunst der Gesetzgebung beschwört ein Sammelband des Frankfurter Instituts für Europäische Gesundheitspolitik und Sozialrecht:

Frankfurter Institut für Europäische Gesundheitspolitik und Sozialrecht – ineges (2023). Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, herausgegeben von Kießling, A. und Spiecker.

Die Bedeutung der (gesundheitlichen) Daseinsvorsorge für das Vertrauen in die Demokratie und den Staat beschreibt eine Studie der:
Friedrich-Ebert-Stiftung (2025). Antidemokratische Wahlerfolge im ungleichen
Deutschland – Demokratiestützende Aspekte der Daseinsvorsorge. Bonn.

Noch immer lohnenswert ist das Werk von:

Luhmann, N. (2014). Vertrauen, 5. Auflage. Konstanz und München.