

Entschließungsantrag

der Abgeordneten Ates Gürpinar, Nicole Gohlke, Dr. Michael Arndt, Jorrit Bosch, Anne-Mieke Bremer, Maik Brückner, Mandy Eißing, Kathrin Gebel, Christian Görke, Mareike Hermeier, Maren Kaminski, Cansin Köktürk, Ina Latendorf, Sonja Lemke, Stella Merendino, Sören Pellmann, Heidi Reichinnek, Zada Salihović, David Schliesing, Evelyn Schötz, Julia-Christina Stange, Donata Vogtschmidt, Sarah Vollath und der Fraktion Die Linke

zu der dritten Beratung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung
– Drucksachen 21/6130, 21/6559, 21/7016 –

Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Die Bundesregierung will einen Paradigmenwechsel: Nicht der Behandlungsbedarf der Menschen soll über die Versorgung entscheiden, sondern die Einnahmen der Krankenkassen. Wie viel Geld in den einzelnen Versorgungsbereichen ausgegeben werden darf, hängt dann von der Entwicklung der beitragspflichtigen Einkommen der gesetzlich Krankenversicherten ab. Von dieser Einnahmeentwicklung wird sogar noch ein weiterer Prozentpunkt abgezogen. Dieses Konzept ist Teil eines Generalangriffs auf den Sozialstaat und ein Wechsel hin zur Medizin nach Kassenlage. Während die Zahl der Superreichen rasant zunimmt, wird die Geschichte der Unfinanzierbarkeit grundlegender Sozialleistungen wie der Gesundheits- und Pflegeversorgung mantraartig wiederholt. Ziel ist es, weitere Umverteilung von Unten nach Oben zu legitimieren. Fachkommissionen werden beauftragt Kürzungsvorschläge zu unterbreiten, während eine Befassung der Kommissionen mit dem Vorschlag einer angemessenen Beteiligung der Vermögenden und Bestverdienenden von vornherein von der Bundesregierung ausgeschlossen wurde.

Die Einnahmen der Krankenkassen und damit die Verteilung der Kosten des Gesundheitssystems sind zuvorderst eine politische Entscheidung. Versicherte und Patient:innen sollen mit dem vorliegenden Gesetzentwurf überproportional und

stärker als die Arbeitgeberseite zur Kasse gebeten werden und sind zusätzlich noch von Leistungskürzungen betroffen. Die Gesundheitsversorgung wird für sie schlechter und teurer zugleich. Das ohnehin nachweislich stark geschrumpfte Vertrauen der Bevölkerung in die Handlungsfähigkeit der Politik bei der Gestaltung der Gesundheits- und Pflegeversorgung wird mit Ansage in den Keller gejagt - und das bei zuvor schon massiv gestiegenen Beiträgen. Dass Deutschland ein besonders starres, ineffizientes und wenig patient:innenorientiertes Gesundheitssystem hat, ist bekannt und täglich für die Menschen spürbar. Doch weder werden strukturelle Missstände noch die überaus ungerechte Finanzierung mit diesem Gesetzentwurf angegangen. Das Märchen von der Alternativlosigkeit wird von derselben Bundesregierung und Parteien erzählt, die regelmäßig die Vorschläge zur Einbeziehung weiterer Einkommensarten, hoher Einkommen und der Abschaffung der privaten Krankenversicherung, neue Versorgungsstrukturen oder andere Vorschläge für patient*innenorientierte Versorgung abgelehnt haben. Stattdessen wurden Klientelgruppen bedient und horrende Mehrausgaben erzeugt, während sich die Versorgung weiter und weiter verschlechtert hat.

Der Schlüssel für eine Reform hin zu mehr Patientenorientierung und gleichzeitig mehr Effizienz im Gesundheitssystem liegt nicht darin, Mittel und Leistungen zu streichen und Druck auf die Beschäftigten auszuüben, sondern vielmehr darin, die Ideologie des Wettbewerbs zurückzudrängen. Wenn Leistungserbringende quasi nach „Stückzahlen“ honoriert werden, darf man sich nicht wundern, dass sie fast alles zur Erreichung dieser Zahlen tun werden, egal ob das im Sinne der Patient*innen ist. Auch die internationale Empirie zeigt, dass gute und effiziente Gesundheitssysteme eher diejenigen sind, die weniger wettbewerblich organisiert sind und je mehr Wettbewerb herrscht, desto teurer wird das System und desto schlechter sind die Ergebnisse.

Das erleben wir nun nach vielen Jahrzehnten wettbewerbsorientierter Gesundheitspolitik auch in Deutschland: Das System wird immer teurer. Die „einnahmeorientierte Ausgabenpolitik“ soll nun für eine Begrenzung der Kostenanstiege sorgen. Faktisch handelt es sich dabei aber um Kürzungen per Rasenmähermethode, ohne an dem System als solchem etwas zu verändern. Das Gesundheitssystem wird so aber weder flexibler, effizienter oder gar patientenorientierter werden, sondern ihm werden einfach pauschal Mittel entzogen. Das wird Einschränkungen in der Versorgung bedeuten, Patient*innen werden also teilweise nicht mehr oder nicht mehr angemessen behandelt werden.

Einnahmeorientierte Ausgabenpolitik widerspricht auch grundlegenden Erkenntnissen der Public-Health-Wissenschaft. Denn es gibt keinen Zusammenhang zwischen sinkenden beitragspflichtigen Einkommen und dem Rücklauf von Krankheiten in der Bevölkerung. Im Gegenteil: Gerade in wirtschaftlichen, gesundheitlichen oder geopolitischen Krisen steigt oftmals der Behandlungsbedarf. Einnahmeorientierte Ausgabenpolitik ist daher das Gegenteil einer krisenresilienten Gesundheitspolitik.

Das Ziel muss eine bedarfsorientierte Gesundheitspolitik sein, die die Mittel der Solidargemeinschaft möglichst nutzbringend für das überragende Gemeinwohl der Gesundheitsversorgung verwendet. Es ist lange überfällig, dafür grundlegende Strukturen des deutschen Gesundheitssystems infrage zu stellen. Dabei steht außer Frage, dass stärkere Schultern mehr Beiträge tragen müssen als schwächere Schultern. Angesichts einer real existierenden Beitragsbemessungsgrenze, dem Fakt, dass nur auf Löhne und Renten, nicht aber auf Kapitaleinkommen Beiträge gezahlt werden müssen und dem Skandal, dass gerade meist gutsituierte Bevölkerungsgruppen sich vollständig aus der Solidarität verabschieden können, in-

dem sie sich privatversichern, ist dieses Gerechtigkeitsprinzip jedoch nicht gewahrt. Hier und bei strukturellen Reformen für ein besseres Gesundheitssystem müsste eine gute Gesundheitspolitik ansetzen.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

1. das Prinzip der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik nicht weiter zu verfolgen und durch eine bedarfsorientierte Gesundheitspolitik zu ersetzen;
2. ihre künftigen Gesetzesinitiativen stattdessen anhand folgender Grundsätze auszurichten:
 - a) die gerechte Einbeziehung von reichen und bestverdienenden Menschen bei der Finanzierung der GKV;
 - b) Gemeinwohl- statt Gewinnerzielung in allen Bereichen des Gesundheitssystems; die Gewinnerzielung mit Beitragsmitteln über die faire Vergütung von Arbeitsleistung der Leistungserbringenden hinaus muss minimiert und die Wettbewerbsideologie in allen Bereichen des Gesundheitssystems verlassen werden;
3. den Gestaltungsauftrag des Staates für eine gute Gesundheitsversorgung ernst zu nehmen und umfassende Strukturreformen im Gesundheitssystem einzuleiten, um damit die für das deutsche Gesundheitssystem charakteristische Ressourcenverschwendung aufgrund fehlender Gemeinwohlorientierung, fehlender Patientenzentrierung, fehlender Kooperation und fehlender Steuerung nachhaltig zu bekämpfen;
4. die berechtigten Interessen der im Gesundheitssystem tätigen Menschen zu achten, insbesondere eine faire Vergütung und Arbeitsbedingungen, die es erlauben, sich mit ausreichend Zeit um die Patient:innen kümmern zu können;
5. Gesundheitsförderung und Prävention gegenüber der kurativen Medizin erheblich zu stärken, um bessere Gesundheitschancen auch für Menschen mit niedrigem Einkommen zu erreichen; dafür müssen in allen Politikfeldern die Auswirkungen auf die Gesundheit und hier insbesondere auf die sozial bedingten Unterschiede der Gesundheit in den Blick genommen werden.

Berlin, den 7. Juli 2026

Heidi Reichinnek, Sören Pellmann und Fraktion