

REFORM-DOSSIER

Nr. 3

Gesundheit

Integrierte Bürgerversicherung mit Versorgungssteuerung

aus der Reihe

Betriebssystem Deutschland

Eine Reformarchitektur für einen funktionierenden Staat

Verwendbarer Baustein · Stand Juni 2026

Steckbrief

Reformwelle	Welle 4 (10–30 Jahre) – tiefe Strukturreform
Alltagsspürbarkeit	Hoch (Versorgung, Wartezeiten, Wege)
Breitenwirkung	Sehr hoch – betrifft alle Versicherten
Rechtsweg	Teils einfachgesetzlich, teils föderal; Beamte/Beihilfe verfassungsnah
Eignung als Startmodul	Gering – Eignung als Zielarchitektur: hoch
Politische Angreifbarkeit	Hoch (PKV, Beamte, Ärzteschaft)
Kernpunkt	Effizienz entsteht aus der Steuerungsschicht, nicht aus der Kassenreform

1. Ausgangsproblem

Das Gesundheitssystem leidet unter getrennten Risikopools (GKV/PKV), Statusunterschieden im Zugang, doppelten Abrechnungslogiken und einer Ausgabendynamik, die durch Mengenanreize, Sektorentrennung und fehlende Steuerung getrieben wird. Der Beitragssatz liegt 2026 bei 14,6 % zuzüglich durchschnittlich 2,9 % Zusatzbeitrag (zusammen 17,5 %). Rund 74 Millionen Menschen sind gesetzlich, rund 8,8 Millionen privat vollversichert; die PKV hält rund 355 Milliarden Euro zweckgebundene Alterungsrückstellungen (Stand 2025).¹

Die häufig geforderte Bürgerversicherung adressiert die Finanzierungs- und Gerechtigkeitsseite – aber sie senkt für sich genommen *nicht* die Ausgaben. Die Kostentreiber (Krankenhaus, Arzneimittel, Demografie, Personal, Mengenanreize) bleiben bestehen.

2. Zielbild

Kein bloßer Kassenumbau, sondern eine integrierte Versorgungsarchitektur: eine solidarische Grundversicherung für alle als Finanzierungs- und Solidaritätsschicht, verbunden mit einer medizinischen Steuerungsschicht, einer digitalen Daten- und Qualitätsschicht und einer steuerfinanzierten Infrastrukturschicht. Private Versicherung wird zum Zusatz für Komfortleistungen.

Die Bürgerversicherung erzeugt Fairness und administrative Kohärenz. Die Effizienz entsteht aber erst aus der Steuerungsschicht: Primärversorgung, einheitliche Vergütung, Krankenhaus-Leistungsgruppen, Arzneimittel-Nutzensteuerung und ePA-basierte Datenqualität.

3. Reformdividende

Fairere Beiträge auf breiterer Bemessungsbasis, Zugang nach medizinischem Bedarf statt Versicherungsstatus, weniger administrative Doppelstrukturen – und, durch die Steuerungsschicht, kürzere Wege, weniger Doppeluntersuchungen und bessere Versorgungsqualität. Wichtig: Diese Dividende ist mittelfristig; das Dossier gehört in eine spätere Reformwelle.

¹Beitragssatz und Zusatzbeitrag 2026: BMG; vdek-Magazin 06/2025 (durchschnittlicher Zusatzbeitrag 2,9 %).
Versichertenzahlen: BMG, GKV-Statistik KM1 (Januar 2026): 74,2 Mio. PKV: PKV-Verband, Branchenzahlen 2025 (04.02.2026): 8,79 Mio. Vollversicherte, 355,4 Mrd. Euro Alterungsrückstellungen.

4. Fünf-Schichten-Architektur

1. Solidarische Grundversicherung (Finanzierung & Solidarität)
2. Steuerfinanzierte Infrastruktur- und Gemeinwohlschicht (Vorhaltekosten, Public Health)
3. Versorgungssteuerung: Primärversorgungszentren und regionale Gesundheitsnetze
4. Qualitäts-, Daten- und Ergebnissteuerung (ePA, Qualitätsindikatoren)
5. Private Zusatzversicherung für Komfortleistungen

Diese Schichten müssen **gemeinsam** eingeführt werden. Eine Bürgerversicherung ohne Versorgungssteuerung würde nur die Finanzierungsbasis ändern, nicht die Ausgabendynamik bremsen.

5. Steuerungsschicht (Effizienzkernel)

- **Primärversorgungszentren (PVZ)** als erster Kontaktpunkt: bündeln Hausärzte, Basis-Fachärzte, Pflege, Prävention; steuern Diagnostik, Überweisung und Facharztzugang.
- **Gatekeeper-Modell mit Schutzmechanismen:** Ausnahmen für Notfälle, akute Symptome, Schwangerschaft, chronische Erkrankungen, psychische Krisen, Pädiatrie.
- **Vergütung nach Ergebnis statt Menge:** Vorhaltefinanzierung plus Leistungs- und Qualitätsvergütung; Krankenhausplanung nach Leistungsgruppen und Mindestfallzahlen.
- **Arzneimittelsteuerung:** Generika-/Biosimilar-Default, Nutzenbewertung, Pay-for-Performance bei sehr teuren Therapien.

6. Rechtsrahmen

Einfachgesetzlich zugänglich: Leistungskatalog, Primärversorgungsanreize, ePA-Ausbau. Föderal kooperationsbedürftig: Krankenhausstrukturreform (Länder-Planungshoheit). Verfassungsnah und besonders sensibel: die Beamten- und Beihilferegelung sowie die Behandlung der PKV-Alterungsrückstellungen. Nicht tragfähig in Radikalform: die sofortige Auflösung der PKV oder die Einziehung der Alterungsrückstellungen – diese sind zweckgebunden, kein frei verfügbares Reformvermögen.

7. Finanzierungsarchitektur

Vier Finanzierungsarten werden strikt getrennt: beitragsfinanzierte Grundversorgung; steuerfinanzierte gesamtgesellschaftliche Aufgaben; steuerfinanzierte Infrastruktur und Vorhaltekosten; private Zusatzleistungen. Ein Gesundheitsfonds 2.0 organisiert Beitragseinzug, Steuerzuschuss, morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich und regionale Versorgungsbudgets. Die steuerfinanzierte Infrastrukturschicht (Krankenhausinvestitionen, ePA-Plattform, Public Health, Ausbildung, Notfallvorhaltung) entlastet den Beitragssatz.

8. Datenräume & Schnittstellen

Die elektronische Patientenakte (seit 01.10.2025 für Leistungserbringer verpflichtend)² ist das Informationsrückgrat: Diagnosen, Medikationsplan, Labor, Notfalldaten. Strenge

²ePA für alle: Start in Modellregionen am 15.01.2025, bundesweiter Rollout ab 29.04.2025, verpflichtende Nutzung durch Leistungserbringer seit 01.10.2025. Quelle: BMG; Der Patientenbeauftragte (01.10.2025).

Datensouveränität: rollenbasierte Zugriffe, Zweckbindung, Protokollierung, Patienteneinsicht, getrennte Forschungsdatenräume. Keine Nutzung für Versicherungsselektion, keine Kopplung an Steuer- oder Bewegungsdaten.

| Die Bürgerversicherung darf nicht zur Gesundheitsüberwachungsplattform werden.

9. Migrationspfad

Phase	Zeitraum	Schritte
0 · Baseline	1–2 J.	Trennung beitrags-/steuerfinanziert, Bewertung der PKV-Rückstellungen, Rechtsgutachten Beamte, Praxisfinanzierungsanalyse, Gesundheitsfonds 2.0 entwerfen
1 · Steuerung	2–5 J.	Ausbau PVZ, ePA-Nutzen, Koordinationsvergütung, erste regionale Gesundheitsbudgets
2 · Finanzierung	5–10 J.	Gesundheitsfonds 2.0, einheitlicher Grundkatalog, EBM-GOÄ-Konvergenz, PKV-Neuzugang schließen
3 · Struktur	10–20 J.	Krankenhaus-Leistungsgruppen, Vorhaltefinanzierung, regionale Gesundheitszentren; PKV-Bestand läuft aus
4 · Zielzustand	20–30 J.	Solidarische Grundversicherung als Standard, PKV als Zusatz, outcome-orientierte Steuerung

10. Kennzahlen (KPI)

- Beitragssatz, steuerfinanzierter Infrastrukturanteil, Verwaltungskostenquote
- Wartezeiten, Notaufnahmefälle ohne Notfallindikation, vermeidbare Krankenhausaufnahmen
- Ergebnisqualität je Leistungsgruppe, Komplikationsraten, PROMs
- Anteil eingeschriebener PVZ-Patienten, digitale Überweisungen, ePA-Datenqualität

11. Risiken & Worst Case

Das gefährlichste Risiko ist die Destabilisierung der Praxisfinanzierung, wenn die privatärztliche Mehrvergütung gestrichen wird, ohne sie durch eine einheitliche Gebührenordnung auf realer Kostenbasis zu ersetzen – sonst entstünde eine „Umverteilung des Mangels“. Weitere kritische Punkte: Beamten-/Beihilferegulierung, Übergang der Alterungsrückstellungen. Im Worst Case (10–30 Jahre Umsetzungsdauer) verzögern Rechtsstreit und Akzeptanzkonflikte die Wirkung. Deshalb: Steuerungsschicht zuerst, Finanzierungsumbau generationell über Neuzugänge.

12. Politische Anschlussfähigkeit

Lager	Anknüpfungspunkt
SPD / Linke	Solidarische Grundversicherung, Beitragsgerechtigkeit
CDU/CSU	Bessere Steuerung, Abbau von Fehlanreizen, Qualitätsorientierung
Grüne	Prävention, Datenqualität, regionale Versorgung
Liberale Akteure	Transparenz, Wettbewerb bei Zusatzleistungen, weniger Bürokratie
Kommunen	Primärversorgungszentren, regionale Budgets, Versorgungssicherheit

Die belastbare Überschrift lautet nicht „PKV abschaffen“, sondern „integrierte solidarische Grundversicherung mit steuerfinanzierter Infrastruktur und versorgungspfadbasierter Steuerung“. So wird der Vorschlag systemisch tragfähig und nicht als bloße Abschaffung der PKV angreifbar.