

Positionspapier der maßgeblichen Berufsverbände zum Referentenentwurf zum GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz (BStabG)

Falsche Weichenstellung für eine alternde Volkswirtschaft

Die unterzeichnenden Verbände sehen im Referentenentwurf zum BStabG eine gesundheits-, arbeitsmarkt- und volkswirtschaftlich problematische Weichenstellung. Der Entwurf reagiert auf den steigenden Finanzdruck in der gesetzlichen Krankenversicherung, indem er einen Großteil der Lasten innerhalb des Versorgungssystems, bei Leistungserbringenden und bei den Versicherten verortet. Damit setzt er in genau dem Bereich an, der in einer alternden Gesellschaft gestärkt werden muss.

Diese Richtung halten die Verbände für falsch, denn sie schwächt einen zentralen Wachstums-, Beschäftigungs- und Ermöglichungssektor, obwohl gerade dieser Sektor wesentlich dazu beiträgt, Erwerbsfähigkeit, Teilhabe und gesamtwirtschaftliche Stabilität zu erhalten. Die Verbände legen mit diesem Papier deshalb nicht nur eine versorgungspolitische, sondern ausdrücklich eine gesamtwirtschaftliche Bewertung des Entwurfs vor.

Diese zeigt: Der kurzfristige Entlastungseffekt für die GKV wird von den volkswirtschaftlichen Folgekosten in Produktion, Beschäftigung und Erwerbsfähigkeit übertroffen.

I. Ausgangslage:

Deutschland steht vor einem strukturellen Arbeitskräfteproblem

Deutschland steht nicht nur vor einer Finanzierungslücke in der GKV, sondern vor allem vor einem grundlegenden demografischen und arbeitsmarktpolitischen Strukturproblem. Das IAB prognostiziert für den Jahresdurchschnitt 2026 einen Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials um 40.000 auf 48,62 Millionen Personen. Das Institut weist zugleich seit Längerem darauf hin, dass die demografische Entwicklung das Arbeitskräfteangebot bis 2035 ohne ausreichende Gegenmaßnahmen um rund sieben Millionen Personen verringern würde.

Damit ist klar: Die wirtschaftliche Entwicklung Deutschlands hängt künftig nicht allein an Kapital, Nachfrage oder Technologie, sondern in wachsendem Maße an der Verfügbarkeit menschlicher Arbeitskraft.

Diese Entwicklung verändert auch die wirtschaftspolitische Prioritätensetzung. In einer alternden Gesellschaft gewinnen alle Bereiche an Bedeutung, die dazu beitragen, Arbeitsfähigkeit zu erhalten, gesundheitlich bedingte Ausfälle zu verringern, Rückkehr in Arbeit zu erleichtern und dauerhafte Erwerbsaustritte zu vermeiden. Gesundheitliche Versorgung ist damit nicht mehr ausschließlich eine soziale Aufgabe, sondern zunehmend eine wirtschaftliche Schlüsselbedingung.

Dieser letzte Satz ist eine Quintessenz der Verbände auf Basis der vorliegenden Demografie-, Arbeitsmarkt- und Gesundheitsdaten.

II. Gesundheitswirtschaft: kein Kostenblock, sondern ein strategischer Wirtschaftssektor

Die Gesundheitswirtschaft ist einer der tragenden Bereiche der deutschen Volkswirtschaft. Nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit lag die Bruttowertschöpfung der Gesundheitswirtschaft 2024 bei knapp 490,2 Milliarden Euro. Das entspricht rund 12,5 Prozent der Bruttowertschöpfung in der Gesamtwirtschaft. Das BMG bezeichnet die Gesundheitswirtschaft ausdrücklich als Wachstumsbranche auf Expansionskurs. Im Durchschnitt der letzten zehn Jahre wuchs ihre Bruttowertschöpfung stärker als die der Gesamtwirtschaft.

Pro Euro Bruttowertschöpfung in der Gesundheitswirtschaft entstehen zusätzlich 0,81 Euro in der Gesamtwirtschaft.¹

Auch auf der Beschäftigungsseite ist die Bedeutung außerordentlich. Nach Angaben des BMG sind insgesamt 7,7 Millionen Erwerbstätige in der Gesundheitswirtschaft beschäftigt; das entspricht 16,6 Prozent der Gesamtbeschäftigung. Hinzu kommen 4,6 Millionen Beschäftigte, die durch Ausstrahleffekte der Gesundheitswirtschaft auf die Gesamtwirtschaft entstehen.

Damit ist die Gesundheitswirtschaft eine strategische Infrastruktur der deutschen Volkswirtschaft: Sie ist zugleich Wachstumssektor, Beschäftigungsmotor und produktive Vorleistung für alle anderen Branchen, deren Erwerbsfähigkeit von ihr abhängt.

Die kurzfristige Arbeitsmarktentwicklung bestätigt diese strukturelle Bedeutung zusätzlich. Das IAB erwartet für 2026 einen Beschäftigungsaufbau vor allem im Bereich „Öffentliche Dienstleister, Erziehung, Gesundheit“. Dort prognostiziert es ein Plus von 180.000 Beschäftigten. Im Produzierenden Gewerbe ohne Bau erwartet das IAB im selben Zeitraum dagegen einen Rückgang um 141.000 Beschäftigte. Das bedeutet: Ein zentraler Teil des künftigen Beschäftigungsaufbaus findet gerade in dem Bereich statt, den der Referententwurf zusätzlich unter fiskalischen Druck setzt.

Zugleich besteht dort bereits heute ein erheblicher Fachkräfteengpass: Die Bundesagentur für Arbeit hält fest, dass zu den Berufen mit den stärksten Engpässen auch 2024 weiterhin vor allem Pflege- und Gesundheitsberufe zählten.

Der Gesundheitssektor muss also gleichzeitig wachsen und bereits bestehende Personalengpässe bewältigen. Gerade deshalb sind politische Maßnahmen, die seine wirtschaftliche Stabilität, Investitionsfähigkeit und Attraktivität schwächen, besonders riskant.

III. Der blinde Fleck des Entwurfs: Produktionsausfall und Erwerbsminderung

Die volkswirtschaftliche Bedeutung gesundheitlicher Versorgung zeigt sich nicht nur in Bruttowertschöpfung und Beschäftigung des Sektors selbst, sondern vor allem in dem, was sie in allen übrigen Sektoren ermöglicht bzw. verhindert.

¹ [Faktenblatt Gesundheitswirtschaft](#)

Nach Berechnungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) verursachen die Ausfallzeiten wegen Arbeitsunfähigkeit einen geschätzten Produktionsausfall im zweistelligen Milliardenbereich sowie einen Ausfall an Bruttowertschöpfung in noch größerer Dimension. Hinzu kommen die fiskalischen und volkswirtschaftlichen Kosten krankheitsbedingter Erwerbsminderungsrenten: Psychische Erkrankungen und Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems – genau die Bereiche, in denen ambulante, rehabilitative und therapeutische Versorgung unmittelbar wirkt – sind seit Jahren die Hauptursachen vorzeitiger Erwerbsaustritte.

Jede Maßnahme, die diese Versorgungskapazitäten wirtschaftlich schwächt, verlängert Ausfallzeiten, erhöht die Zahl vermeidbarer Frühverrentungen und verstärkt den Fachkräftemangel – direkt messbar als entgangenes BIP, entgangene Sozialversicherungsbeiträge und entgangenes Steueraufkommen.

Diese gesamtwirtschaftlichen Folgekosten tauchen in der Finanztafel des Referentenentwurfs nicht auf. Sie sind aber in einer alternden Volkswirtschaft ökonomisch entscheidend.

IV. Einseitige Belastung eines Wachstums- und Engpassektors

Der Referentenentwurf sieht nach eigener Darstellung eine Gesamtentlastung der GKV von 19,6 Milliarden Euro im Jahr 2027 und 42,8 Milliarden Euro im Jahr 2030 vor. Davon entfallen 2027 bereits 11,8 Milliarden Euro und 2030 30,9 Milliarden Euro auf den Block „Leistungserbringer, Hersteller, Krankenkassen“. Zusätzlich werden 2027 Patientinnen und Patienten mit 3,8 Milliarden Euro belastet; Arbeitgeber tragen 2,8 Milliarden Euro, Mitglieder 1,2 Milliarden Euro. Der Bund erscheint demgegenüber im Entwurf im Wesentlichen mit der Verschiebung der Rückzahlung eines Darlehens in Höhe von 1,0 Milliarde Euro.

Besonders aufschlussreich ist dabei die vom Entwurf selbst ausgewiesene Lastenverteilung. Er stellt ausdrücklich fest, dass der Beitrag der Patientinnen und Patienten aufgrund von Leistungsanpassungen und einer nachholenden Anhebung der Zuzahlungen 2027 3,8 Milliarden Euro beträgt, also 19 Prozent des Gesamtentlastungsvolumens. Für die Gruppe „Leistungserbringer, Hersteller, Krankenkassen“ werden 2027 sogar 11,8 Milliarden Euro angesetzt. Damit ist klar: Die Stabilisierung soll in erster Linie nicht über eine breitere gesamtstaatliche Verantwortung, sondern über Einschnitte, Begrenzungen, Teil- statt der Vollkostenerstattung und Mehrbelastungen innerhalb des Gesundheitssystems erfolgen.

Bewertet man diese 11,8 Mrd. Euro (2027) bzw. 30,9 Mrd. Euro (2030) mit dem vom BMG selbst ausgewiesenen Ausstrahleffekt der Gesundheitswirtschaft von 0,81 Euro je Euro Bruttowertschöpfung, so verliert die deutsche Gesamtwirtschaft über den Sektor hinaus zusätzlich rund 9,6 Mrd. Euro (2027) bzw. rund 25 Mrd. Euro (2030).

Der gesamtwirtschaftliche Negativeffekt des Entwurfs neutralisiert somit die Einsparungen im GKV-System zu großen Teilen.

V. Richtung ist volkswirtschaftlich inkonsistent

Der eigentliche Fehler des Referentenentwurfs liegt nicht darin, dass über Einsparungen und Finanzierungsbeiträge gesprochen wird. Der zentrale Fehler liegt vielmehr darin, dass die Lasten an der falschen Stelle verortet werden. In einer alternden Volkswirtschaft muss erfolgreiche Politik diejenigen Bereiche stärken, welche die Funktionsfähigkeit der übrigen Volkswirtschaft absichert und zugleich selbst Beschäftigung aufbaut. Genau dazu zählt die Gesundheitswirtschaft. Sie ist gleichzeitig Versorgungsinfrastruktur, Arbeitsmarktsektor und Produktivitätsfaktor. Wer stattdessen ausgerechnet in dieser Lage die Finanzierung überproportional zulasten von Versorgung, Leistungserbringenden und Versicherten organisiert, sendet ein widersprüchliches Signal:

Arbeitsmarktpolitisch und demografisch ist der Gesundheitssektor ein Zukunftssektor; fiskalpolitisch wird er im Entwurf jedoch primär als Kostenproblem behandelt.

Das passt nicht zusammen. Eine Politik, die einen Engpass- und Wachstumssektor belastet, schwächt genau die Struktur, die Deutschland in den kommenden Jahren für den erfolgreichen demographischen Wandel dringend braucht.

Besonders gravierend ist die Fehlrichtung für ambulante, präventive und rehabilitative Versorgungsbereiche – also jene Schnittstelle, an der Krankheit, Funktionsfähigkeit, Alltagsbewältigung und Erwerbsfähigkeit unmittelbar ineinandergreifen. Wer diese Bereiche wirtschaftlich schwächt oder ihre Inanspruchnahme durch höhere Zuzahlungen erschwert, verlängert Ausfallzeiten, erhöht die Zahl chronischer Verläufe und verschiebt Kosten in teurere stationäre Versorgung sowie in die Rentenversicherung. Dies ist kein sektorspezifischer Einwand, sondern eine volkswirtschaftlich belegbare Fehlallokation.

VI. Falscher Weg: Zwei konkrete Beispiele

1. Die größte finanzielle Entlastungsmaßnahme wird als „Milchmädchenrechnung“ abgetan

Besonders aufschlussreich ist der Umgang der Bundesregierung mit dem Vorschlag, die Beiträge von Bürgergeldbeziehenden sachgerecht aus Steuermitteln zu finanzieren. Die Finanzkommission Gesundheit (FKG) beziffert diese Maßnahme für 2027 auf 12,0 Milliarden Euro und weist sie damit als die finanzstärkste Einzelmaßnahme auf der Einnahmeseite aus. Gleichzeitig ergibt sich laut FKG für 2027 eine Finanzierungslücke von 15,3 Milliarden Euro zur Stabilisierung eines durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes von 2,9 Prozent.

Bundesfinanzminister Lars Klingbeil hat diesen Vorschlag dennoch öffentlich als „Milchmädchenrechnung“ bezeichnet. Nach den Berichten über sein Interview mit der Süddeutschen Zeitung argumentierte er, es bringe nichts, „Lücken von A nach B zu schieben“, vielmehr müsse man sie generell schließen. Zugleich wird in denselben Berichten darauf hingewiesen, dass es sich bei der vollständigen Steuerfinanzierung der Gesundheitskosten von Bürgergeldbeziehenden um die Maßnahme mit dem größten Finanzvolumen handelt.

Diese Einordnung ist politisch und systematisch hochproblematisch. Die sachgerechte Finanzierung versicherungsfremder Leistungen ist keine „Milchmädchenrechnung“,

sondern eine zentrale Frage der Lastengerechtigkeit zwischen Beitragszahlern und Staat. Mit der bestehenden Finanzierungslogik dient der Gesundheitsbereich bereits heute als Schattenhaushalt für den Bund. Dies ist einer der Hauptgründe dafür, dass die Finanzierung der GKV überhaupt erst in Schieflage geraten ist. Wenn die größte entlastende Einzelmaßnahme zudem noch begrifflich delegitimiert wird, zeigt das eine gefährliche Verengung des finanzpolitischen Blicks.

Vieles spricht dafür, dass hier nicht nur eine andere Priorität gesetzt wird, sondern auch die strukturelle Tragweite der Entscheidung unterschätzt wird. Ökonomisch ist die Einordnung als „Milchmädchenrechnung“ sogar falsch herum: Die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen über Beiträge verteuert den Faktor Arbeit, belastet damit die Beschäftigungsintensität aller beitragspflichtigen Sektoren und wirkt prozyklisch gegen das erklärte Ziel der Bundesregierung, den Standort Deutschland zu stärken. Eine sachgerechte Steuerfinanzierung ist deshalb keine Verschiebung, sondern die Korrektur einer strukturellen Fehllast auf den Faktor Arbeit.

2. Die Tabaksteuer wird sektorungleich genutzt

Ein zweites Beispiel ist der Umgang mit der Tabaksteuer. Die FKG empfiehlt ausdrücklich, die Erhöhung der Tabaksteuer zur Stabilisierung der GKV zu nutzen; sie beziffert das Potenzial hierfür auf 1,2 Milliarden Euro im Jahr 2027. Zusätzlich schlägt sie 0,6 Milliarden Euro aus einer höheren Alkoholsteuer auf Spirituosen und 0,1 Milliarden Euro aus einer Steuer auf zuckergesüßte Erfrischungsgetränke vor.

Die Bundesregierung hat sich jedoch im parallel beschlossenen Entlastungspaket ausdrücklich darauf festgelegt, die Erhöhung der Tabaksteuer zur Gegenfinanzierung der steuer- und abgabenfreien Entlastungsprämie von bis zu 1.000 Euro für Beschäftigte zu nutzen. Das Bundesfinanzministerium formuliert dies auf seiner Website eindeutig. In der Regierungspressekonferenz vom 13. April 2026 hat ein Sprecher des BMF nochmals erklärt: *„Sicher ist erst einmal: Wir werden die Erhöhung der Tabaksteuer nutzen, um diese Entlastungsprämie in Höhe von 1000 Euro für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zu finanzieren.“* Gleichzeitig nennt die Bundesregierung für die zweimonatige Senkung der Mineralölsteuer eine gesonderte Gegenfinanzierung über *„abgesicherte Maßnahmen gegenüber den Mineralölwirtschaftsunternehmen“*.

Genau hierin liegt eine sektorungleiche Lastenverteilung. Eine gesundheitsbezogene Lenkungssteuer, deren Aufkommen selbst nach der Logik der FKG dem Gesundheitswesen zugutekommen sollte, wird stattdessen zunächst für eine allgemeine Entlastungsmaßnahme außerhalb des Gesundheitssektors eingesetzt. Gleichzeitig werden die Lasten zur GKV-Stabilisierung in erheblichem Umfang innerhalb des Systems, auf Leistungserbringende und Versicherte geschoben. Auch dies spricht dafür, dass die Bundesregierung politisch falsch steuert. Diese Schlussfolgerung ist die Bewertung der Verbände auf Basis der offiziellen Angaben von BMF, Bundesregierung, FKG und Referentenentwurf.

VI. Der alternative Weg ist offensichtlich

Die FKG hat gezeigt, dass es einen anderen Weg gibt. Für 2027 nennt sie 12,0 Milliarden Euro aus der Finanzierung der Beiträge von Bürgergeldbeziehenden, 0,5 Milliarden Euro aus der

Dynamisierung des Bundeszuschusses, 1,2 Milliarden Euro aus einer höheren Tabaksteuer, 0,6 Milliarden Euro aus einer höheren Alkoholsteuer auf Spirituosen und 0,1 Milliarden Euro aus einer Steuer auf zuckergesüßte Erfrischungsgetränke.

Zusammen ergibt dies 14,4 Milliarden Euro. Bei einer von der FKG ausgewiesenen Lücke von 15,3 Milliarden Euro würden diese Maßnahmen bereits rund 94 Prozent des Finanzierungsbedarfs abdecken.

Bemerkenswert ist dabei vor allem: Schon die beiden bundesseitigen Maßnahmen, also die sachgerechte Finanzierung der Bürgergeldbeiträge und die Dynamisierung des Bundeszuschusses, summieren sich auf 12,5 Milliarden Euro. Das liegt rechnerisch sogar über den 11,8 Milliarden Euro, die der Referentenentwurf 2027 aus dem Block „Leistungserbringer, Hersteller, Krankenkassen“ ziehen will.

Der Bund hat also die Möglichkeit, einen erheblichen Teil der Lasten durch die längst überfällige Korrektur von Fehlsteuerungen zu neutralisieren. Sollte dies nicht geschehen, ist das eine gezielte politische Entscheidung und keine alternativlose Notwendigkeit.

VII. Kurskorrektur erforderlich

Die Bundesregierung steuert mit dem Referentenentwurf in die falsche Richtung. In einer Phase sinkenden Erwerbspersonenpotenzials, wachsender Fachkräfteengpässe und steigender gesundheitlicher Bedarfe belastet sie ausgerechnet einen Bereich, der für die ökonomische und soziale Stabilität des Landes immer wichtiger wird.

Aus Sicht der unterzeichnenden Verbände ist dies nicht nur gesundheitspolitisch problematisch, sondern vor allem volkswirtschaftlich kurzsichtig. Die Gesundheitswirtschaft ist ein strategischer Sektor. Sie ist Beschäftigungsträger, Wertschöpfungsfaktor und Voraussetzung für Arbeitsfähigkeit in allen anderen Wirtschaftsbereichen.

Wer die Gesundheitswirtschaft vorrangig als Kostenblock behandelt, verwechselt Vorleistung mit Verbrauch – und schwächt in einer Phase schrumpfenden Erwerbspersonenpotenzials die produktive Basis der gesamten deutschen Volkswirtschaft. Der kurzfristige GKV-Entlastungseffekt des Referentenentwurfs wird dadurch volkswirtschaftlich überkompensiert: mit Wirkungen auf Produktion, Beschäftigung, Steueraufkommen und Sozialversicherungsbeiträge über den Gesundheitssektor hinaus.

VIII. Empfehlungen

Die unterzeichnenden Verbände empfehlen daher,

- die Krankenversicherung konsequent von der Finanzierungslast versicherungsfremder Leistungen zu befreien, um die Gelder der Krankenkassen dort einzusetzen, wozu sie auch da sind: Für die Gesundheit;
- die Tabaksteuer konsequent zur Stabilisierung des Gesundheitswesens einzusetzen und weitere gesundheitsbezogene Lenkungssteuern wie Alkohol- und Zuckersteuer, gemäß den Empfehlungen der FKG, umzusetzen;

- die Gesundheitswirtschaft in allen relevanten politischen Strategien – Wachstums-, Fachkräfte-, Demografie- und Standortstrategie – als produktive Infrastruktur und Vorleistungssektor zu verankern. Ihre Finanzierung, Investitionsfähigkeit und Personalkapazität sind unmittelbare Bedingungen für die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit aller anderen Sektoren.

Dies sind eindeutig die Maßnahmen, die aus gesamtwirtschaftlicher Sicht als Sofortmaßnahmen umsetzbar sind und in einem zweiten Schritt durch wohldurchdachte, strukturelle Reformen ausgebaut werden können, ohne die Versorgung nachhaltig zu gefährden und größeren gesamtwirtschaftlichen Schaden zu provozieren.

Bundesverband der Ergotherapeut:innen in Deutschland e.V. (BED)

Nohner Straße 10 | 66693 Mettlach

LOGO Deutschland, Selbstständige in der Logopädie e.V. (LD)

Storkower Straße 101B | 10407 Berlin

VDB Physiotherapieverband e.V.

Ehrlichstraße 18 | 10318 Berlin

Deutscher Verband für Podologie (ZFD) e.V.

Wilhelmshöher Allee 258 | 34131 Kassel

Verband Deutscher Podologen e.V. (VDP)

Tulpenweg 3 | 06571 Roßleben-Wiehe

Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V. (VDD)

Susannastr. 13 | 45136 Essen

QUETHEB–Deutsche Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater e.V.

An der Schießmauer 8 D | 89547 Gerstetten-Gussenstadt

Berufsverband Oecotrophologie e.V. (VDOE)

Agricolastraße 25 | 10555 Berlin