Ende der Ungerechtigkeit

Vorschlag für eine allgemeine Krankenversicherung

Gesellschaft für Ethik und Medizin
Marburg 29.10.2026

Dr. Wulf-Dietrich Leber, Gesundheitsökonom (Berlin)

Mehr Beitragsgerechtigkeit

Vorschlag für eine allgemeine Krankenversicherung

und eine Unierte Pflegeversicherung

Gesellschaft für Ethik und Medizin
Marburg 29.10.2026

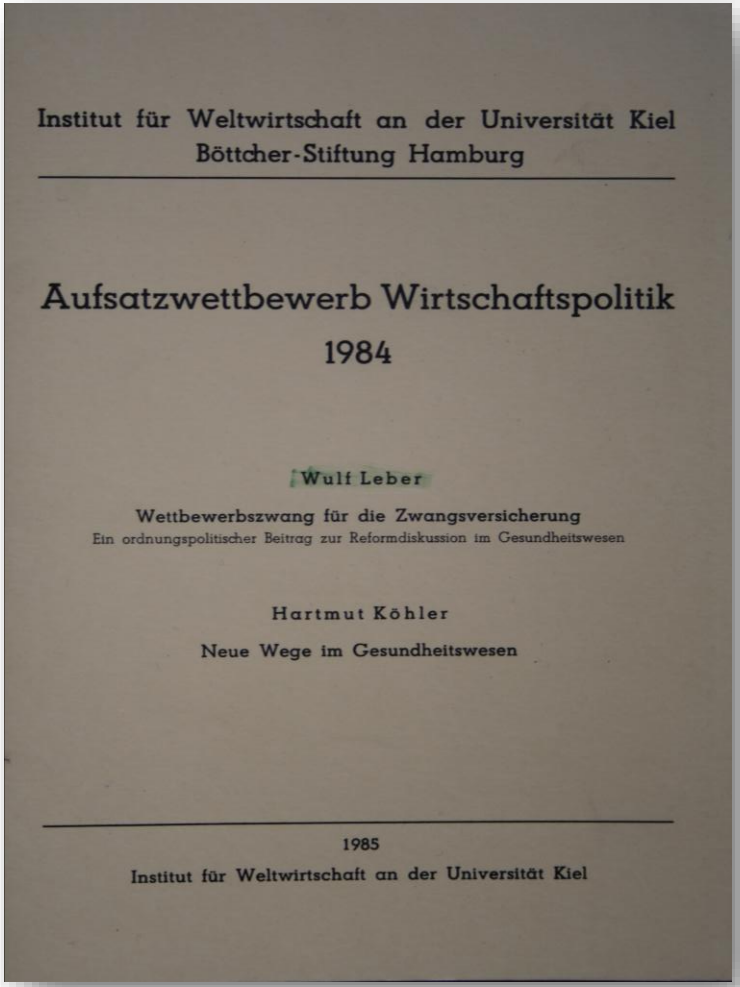
Dr. Wulf-Dietrich Leber, Gesundheitsökonom (Berlin)

Aufsatz 1984

„Wettbewerbszwang

für die

Zwangsversicherung“



Institut für Weltwirtschaft an der Universität Kiel
Böttcher-Stiftung Hamburg

Aufsatzwettbewerb Wirtschaftspolitik
1984

Wulf Leber

Wettbewerbszwang für die Zwangsversicherung
Ein ordnungspolitischer Beitrag zur Reformdiskussion im Gesundheitswesen

Hartmut Köhler

Neue Wege im Gesundheitswesen

1985
Institut für Weltwirtschaft an der Universität Kiel

Dissertation 1991



Veröffentlichung in „Gesundheits- und Sozialpolitik 6/2017



AKV pronto!

Eine Streitschrift zur sofortigen Einführung einer Allgemeinen Krankenversicherung (AKV)*

WULF-DIETRICH LEBER

Dr. Wulf-Dietrich Leber ist Leiter der Abteilung Krankenhäuser im GKV-Spitzenverband Berlin

Es ist an der Zeit, das dysfunktionale Nebeneinander einer gesetzlichen und einer privaten Vollversicherung zugunsten einer allgemeinen Krankenversicherung zu beenden. Wenig beleuchtet werden bisher die Umverteilungswirkungen.

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat sich zu

Veröffentlichung im Observer Gesundheit August 2026



© Maelsa

Unierte Pflegeversicherung

Plädoyer für eine Zusammenführung von sozialer Pflegeversicherung (SPV) und privater Pflegeversicherung (PPV)

Dr. Wulf-Dietrich Leber

Friedrich Merz
bei der CDU-Pressekonferenz am 21.09.2026

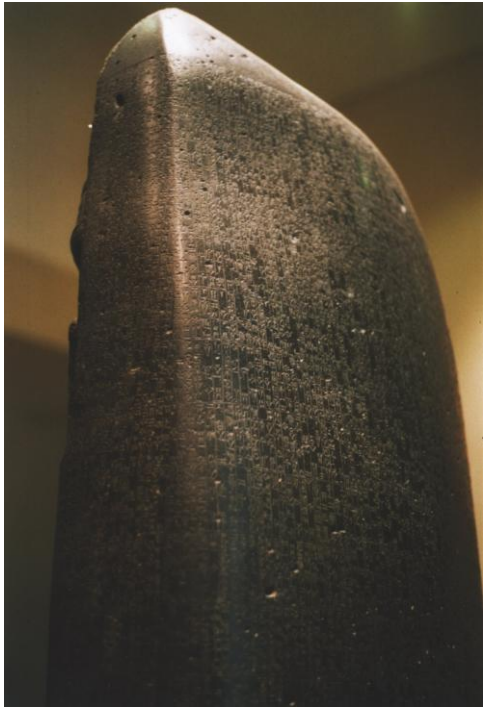
- […] „Und wenn in der Bevölkerung sich der Eindruck verfestigt, dass jene, die privat versichert sind, sofort jede Leistung bekommen und jene, die gesetzlich versichert sind, Wochen und Monate darauf warten müssen, dann ist das ein Gerechtigkeitsproblem. Wir sehen das Problem. […]“
- Karl-Josef Laumann […] habe darauf hingewiesen, dass das Nebeneinander von GKV und PKV, genauso wie privater und sozialer Pflegeversicherung, ein erhebliches Problem auslöse im Gerechtigkeitsempfinden in der Bevölkerung. Es gebe gute Gründe für beide Systeme.
- **„Aber, wenn die Bevölkerung das als so ein massives Problem ansieht (und ich teile die Einschätzung), dann müssen wir daran etwas ändern, und genau darüber werden wir reden.“**

Gang der Handlung

1. Wartezeitdelta GKV-PKV
2. Ausgangspunkt Verteilungsgerechtigkeit
3. Stichtag für eine Allgemeine Krankenversicherung (AKV)
4. Rückstellungsfonds
5. Unierte Pflegeversicherung
6. Fazit

Codex Hammurapi (1750 v. Chr.)
Erste ärztliche Gebührenordnung

Spitzenverband



- „Wenn der Arzt bei einem Herrn einen Abszess mit dem Bronzemesser öffnet oder eine Trübung im Auge mit dem Bronzeinstrument entfernt **und das Auge des Patienten erhält,** so stehen ihm 10 Schekel Silber zu.“
- „Für die gleiche Operation bei einem Freigelassenen erhält der Arzt 5 Schekel, bei einem Sklaven 2 Schekel Silber.“

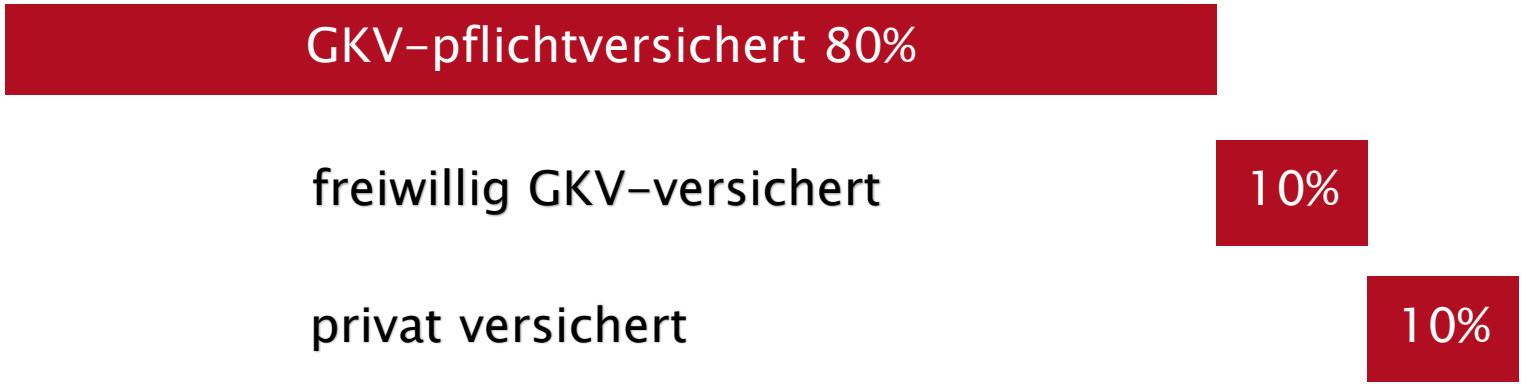
Lösungsansätze für Wartezeitdelta PKV-GKV

- Einheitliche Vergütung ärztlicher Leistungen (die zynische Variante)
- Vermittlung über Terminservicestellen (116117)
- Verpflichtende Terminplattformen mit festgelegtem GKV-Anteil
- Primärarztsystem: Hausärzte vermitteln die Facharzttermine
- Reduzierung von Arztkontakten, Bedarfsplanung, ….
- Beispiel für einheitliche Regulierung ist die Wartezeit auf Organe!
  Nicht die Chefärzte entscheiden, wer das Organ bekommt, sondern ein Algorithmus nach Dringlichkeit und Erfolgsaussicht.
  (Verteilung über Eurotransplant)
- Grundsätzlicher: GKV und PKV zusammenführen (Bürgerversicherung)

Gang der Handlung

1. Wartezeitendelta GKV-PKV
2. Ausgangspunkt Verteilungsgerechtigkeit
3. Stichtag für eine Allgemeine Krankenversicherung (AKV)
4. Rückstellungsfonds
5. Unierte Pflegeversicherung
6. Fazit

Altlast: Spaltung in private und gesetzliche Krankenversicherung



- GKV: Einkommensbezogene Beiträge, solidarisches Umverteilungssystem (u.a. Familienlastenausgleich), Umlageprinzip
- PKV: Individuelle Beiträge, Alterungsrückstellung (Fiktion: lebenslang gleichbleibende Prämie durch einen Kapitalstock), höhere Vergütung für Ärzte
- Achtung: GKV-Versicherte können sich zusatzversichern.

Solidarität – ein historischer Zufall

- Ausgangspunkt: Lohnfortersatz (Krankengeld)
- Bismarcksche Sozialgesetzgebung:
  Einkommenssicherung bei Unfall, Krankheit und Alter
- Einkommensbezogene Beiträge waren knallharte Risikoäquivalenz:
  Wer mehr verdiente ‚bekam auch ein höheres Krankengeld.
- Der historische Wandel vom Krankengeld zu Gesundheitsleistungen hat zufällig ein solidarisches System geschaffen.
- Diese Solidarität gilt bislang nur innerhalb der GKV!

Ausgangspunkt Umverteilungsgerechtigkeit (GKV als parafiskalisches Umverteilungssystem)

Tabelle 1: Solidarbeitrag nach Alter und Jahreseinkommen (in Euro)

		0	10.000	20.000	30.000	40.000	50.000	60.000	Einkommen
Alter	Ausgaben	0	1.570	3.140	4.710	6.280	7.850	0	Beiträge
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	Spalte
10	1.321								
20	935	-935	635	2.205	3.775	5.345	6.915	0	
30	1.100	-1.100	470	2.040	3.610	5.180	6.750	0	
40	1.505	-1.505	65	1.635	3.205	4.775	6.345	0	
50	2.208	-2.208	-638	932	2.502	4.072	5.642	0	
60	3.593	-3.593	-2.023	-453	1.117	2.687	4.257	0	
70	5.304	-5.304	-3.734	-2.164	-594	976	2.546	0	
80	7.015	-7.015	-5.445	-3.875	-2.305	-735	835	0	

Quelle: Eigene Berechnung. Beitragssatz 15,7 Prozent. Jahresausgaben nach Alter (Männer) gemäß GKV-Statistik 2015.

Ausgangspunkt Umverteilungsgerechtigkeit (GKV als parafiskalisches Umverteilungssystem)

Tabelle 1: Solidarbeitrag nach Alter und Jahreseinkommen (in Euro)

		0	10.000	20.000	30.000	40.000	50.000	60.000	Einkommen
Alter	Ausgaben	0	1.570	3.140	4.710	6.280	7.850	0	Beiträge
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	Spalte
10	1.321								
20	935	-935	635	2.205	3.775	5.345	6.915	0	
30	1.100	-1.100	470	2.040	3.610	5.180	6.750	0	
40	1.505	-1.505	65	1.635	3.205	4.775	6.345	0	
50	2.208	-2.208	-638	932	2.502	4.072	5.642	0	
60	3.593	-3.593	-2.023	-453	1.117	2.687	4.257	0	
70	5.304	-5.304	-3.734	-2.164	-594	976	2.546	0	
80	7.015	-7.015	-5.445	-3.875	-2.305	-735	835	0	

Quelle: Eigene Berechnung. Beitragssatz 15,7 Prozent. Jahresausgaben nach Alter (Männer) gemäß GKV-Statistik 2015.

Ausgangspunkt Umverteilungsgerechtigkeit (GKV als parafiskalisches Umverteilungssystem)

Tabelle 1: Solidarbeitrag nach Alter und Jahreseinkommen (in Euro)

		0	10.000	20.000	30.000	40.000	50.000	60.000	Einkommen
Alter	Ausgaben	0	1.570	3.140	4.710	6.280	7.850	0	Beiträge
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	Spalte
10	1.321								
20	935	-935	635	2.205	3.775	5.345	6.915	0	
30	1.100	-1.100	470	2.040	3.610	5.180	6.750	0	
40	1.505	-1.505	65	1.635	3.205	4.775	6.345	0	
50	2.208	-2.208	-638	932	2.502	4.072	5.642	0	
60	3.593	-3.593	-2.023	-453	1.117	2.687	4.257	0	
70	5.304	-5.304	-3.734	-2.164	-594	976	2.546	0	
80	7.015	-7.015	-5.445	-3.875	-2.305	-735	835	0	

Quelle: Eigene Berechnung. Beitragssatz 15,7 Prozent. Jahresausgaben nach Alter (Männer) gemäß GKV-Statistik 2015.

Der Staat schenkt
jedem besserverdienenden
PKV-Versicherten
eine Eigentumswohnung.

Wir brauchen alsbald eine gerechte Lösung

- Entweder: PKV für alle und die Umverteilung ins Steuersystem
- Oder: GKV für alle (die „Bürgerversicherung“)

- Wettbewerb der Systeme macht keinen Sinn
- PKV-Bestandsschutz würde bedeuten, dass es in 50 Jahren immer noch kein gerechtes System gäbe.

- Meine Empfehlung: AKV pronto

Gang der Handlung

1. Wartezeitendelta GKV-PKV
2. Ausgangspunkt Verteilungsgerechtigkeit
3. Stichtag für eine Allgemeine Krankenversicherung (AKV)
4. Rückstellungsfonds
5. Unierte Pflegeversicherung
6. Fazit

AKV-pronto-Modell: ab Stichtag GKV für alle

- Grundprinzip: Ab einem nicht mehr allzu fernen Stichtag X sind alle Einwohner Deutschlands Mitglied in einer allgemeinen Krankenversicherung (AKV) nach den derzeitigen Regeln der GKV.

- Die bislang PKV-Versicherten werden ab dem Stichtag nach GKV-Prinzipien versichert – mit einkommensbezogenen Beiträgen.

- Der „GKV-Tarif“ kann von PKV-Unternehmen angeboten werden.

Besserverdienende, Selbstständige, Beamte

- **Besserverdienende**
  - Versicherungspflichtgrenze aufheben. C‘est tout.
- **Selbstständige**
  - Selbstständige passen nicht recht in eine Krankenversicherung, deren Ursprung Lohnersatz (Krankengeld) ist. Sie sind aber jetzt schon in großem Umfang in der GKV.
  - Kein grundsätzliches Problem
- **Beamte**
  - **Beamte sind ein Problem.**
  - Beamte bekommen Beihilfe als anteilige Kostenerstattung.
  - Die Beihilfe muss in einen Arbeitgeberbeitrag umgewandelt werden.

Gesundheitspolitisches Tabu: Beihilfe

- Die Beihilfe ist gesundheitspolitisches Tabu Nummer 1:
  Keine Debatte, keine Transparenz, keine Statistik.
- Die Beihilfe ist gnadenlos ineffizient – eine anachronistische Zettelwirtschaft in Zeiten der Digitalisierung.
- Die PKV ist in erster Linie eine Zusatzversicherung zur Beihilfe.
- Kingreen und das Verfassungsgericht von BaWü: Die Beihilfe gehört nicht zu den durch Art. 33 Abs. 5 GG geschützten hergebrachten Grundsätzen des Berufsbeamtentums.

Zusatzversicherung nicht verbieten

- Private Zusatzversicherungen bleiben erhalten.
- Achtung: Das bedeutet de facto die Aufrechterhaltung einer „Zweiklassenmedizin“.
- Anmerkung: Zweiklassenmedizin kann es sogar ohne Zusatzversicherung geben.
- Die Zusatzversicherung im stationären Bereich ist unproblematisch (vgl. „Krankenhaus ist Bürgerversicherung“).

Status quo: 32 Millionen Zusatzversicherungen

Versicherungsart	2015	2024	Veränderung
Ambulante Tarife	7,87 Mio.	9,25 Mio.	+17,5 %
Wahlleistungen Krankenhaus	5,98 Mio.	6,92 Mio.	+15,7 %
Zahntarife	14,95 Mio.	20,16 Mio.	+34,8 %

Achtung: Zahlen nicht einfach addierbar

PKV-Rechenschaftsbericht 2026 und PKV-Zahlenbericht 2024

Gang der Handlung

1. Wartezeitendelta GKV-PKV
2. Ausgangspunkt Verteilungsgerechtigkeit
3. Stichtag für eine Allgemeine Krankenversicherung (AKV)
4. Rückstellungsfonds
5. Pflegeversicherung
6. Fazit

Der Nibelungenschatz

Alterungsrückstellung für die Krankenversicherung:

275 Mrd Euro

Alterungsrückstellung für die Pflegeversicherung:

55 Mrd Euro

Insgesamt: 330 Mrd Euro.

Quelle: PKV-Zahlenportal, abgerufen am 03.02.2026

Was passiert mit 275 Mrd Euro Alterungsrückstellung?

- Aufteilung der Alterungsrückstellung:
  - Stationäre Zusatzversicherung bleibt erhalten.
  - Ambulante Zusatzversicherung bleibt erhalten.

  - Übertragung in den Gesundheitsfonds?
  - Gewinn für die PKV-Unternehmen?
  - Auszahlung an die PKV-Versicherten?
  - Auszahlung in Form einer beitragsmindernden Lebensrente (Pensionsfonds)?

Empfehlung: Rückstellungsfonds

- Übertragung in den Gesundheitsfonds hieße rückwirkende Eintreibung der Umverteilungszahlungen.

- Bessere Alternative:
  Scharfer Schnitt mit Beteiligung an der Umverteilung ab Tag X.

- Überführung der Alterungsrückstellung in einen Fonds zur Vermeidung von (steigenden) Beitragsbelastungen der PKV-Versicherten.

Gang der Handlung

1. Wartezeitendelta GKV-PKV
2. Ausgangspunkt Verteilungsgerechtigkeit
3. Stichtag für eine Allgemeine Krankenversicherung (AKV)
4. Rückstellungsfonds
5. Unierte Pflegeversicherung
6. Fazit

Die Pflegeversicherung hat ein analoges Umstellungsproblem

- Die Pflegeversicherung folgt derzeit der Krankenversicherung.

  GKV-Mitglieder sind in der Sozialen Pflegeversicherung (SPV)
  PKV-Mitglieder sind in der Privaten Pflegeversicherung (PPV)

- Die Leistungen sind völlig identisch.
- Die „Ausnahme von der Umverteilung“ ist noch schwerer zu rechtfertigen.
- Die Finanzvolumina betragen nur rund ein Sechstel der Krankenversicherung.

- Finanzierung von Pflegeleistungen ist das Thema der nächsten Monate!

Pflegekommission
– Auftrag und Zeitplan (Start am 27.10.2026)

- Analyse der SPV-Ausgabenentwicklung
- Vorschläge für eine effizientere und bessere Versorgung
- Vorschläge für eine nachhaltige und bedarfsgerechte Finanzierung
  - kurz-, mittel- und langfristige Stabilisierung der Finanzen
  - zielgenauer auf Personen ohne Vermögen
  - Begrenzung der Eigenanteile
  - Ergänzende Kapitaldeckung
  - Versicherungsfremde Leistungen „korrekt“ finanzieren
  - Verfassungskonforme Ausgleichsmechanismen.
- Prävention und Reha
- Ergebnisse bis Ende Januar 2027. Inkrafttreten neues Pflegegesetz 01.07.2027

Pflegekommission – Mitglieder

(1) Herr Prof. Dr. Georg Cremer (Vorsitz)
(2) Frau Prof. Gabriele Kuhn-Zuber (Co-Vorsitz)
(3) Frau Prof. Dr. Christine Arentz
(4) Frau Michaela Evans-Borchers
(5) Herr Jürgen Graalmann
(6) Frau Prof. Dr. Martina Hasseler
(7) Frau Prof. Dr. Dörte Heger
(8) Herr Prof. Dr. Stefan Huster
(9) Herr Prof. Dr. Thorsten Kingreen
(10) Herr Hans-Dieter Nolting
(11) Herr Prof. Dr. Heinz Rothgang
(12) Herr Prof. Dr. Gregor Thüsing
(13) Frau Rita Zöllner

Mein Vorschlag: Unierte Pflegeversicherung

1. Grundidee wie bei AKV-pronto: Zu einem nicht mehr allzu fernen Stichtag werden Soziale Pflegeversicherung (SPV) und Private Pflegeversicherung (PPV) zusammen geführt.

2. Die alten Tarife der PKV werden geschlossen. Die PKV kann ihren Versicherten eine Weiterversicherung zu SPV-Bedingungen anbieten.

3. Aus der Alterungsrückstellung der PPV wird ein Pflegefonds gespeist, der den privat Versicherten zusteht.

„Uniert“, weil Komposita mit „Bürger“ derzeit nicht wohlgelitten sind.

Finanzwirkung einer SPV-PPV-Fusion
IGES-Stellschraubengutachten

- 4.5.1 „Morning after“ (S. 28);Tabelle 8
  (umfassender Ausgleich **mit** Einkommensausgleich)

  5,6 Mrd Euro (-0,29 BSP)

- 4.7 Risikoausgleich zwischen SPV und PPV (S. 33); Tabelle 15
  (Ausgleich der Risikostruktur, **ohne** Einkommensausgleich)

  2,1 Mrd Euro (-0,11BSP)

Verbleibende Umverteilungsprobleme

- Andere Einkommensarten bleiben unberücksichtigt.
- Der Solidarbeitrag endet an der Beitragsbemessungsgrenze (degressiver Verlauf).
- Beitragsfreie Mitversicherung von Ehepartnern kann man hinterfragen.

- Meine Empfehlung:

  Erst die SPV-PPV-Spaltung aufheben, dann die anderen Dinge angehen.

Warum es kommen könnte

- Problem1: Die Entscheidungsträger sind in der privaten Versicherung.
  – aber wir glauben an den Großmut der MdBs.
- Problem2: Es steht nicht im Koalitionsvertrag
  – aber die Koa-Maßnahmen reichen eh nicht aus.

- Hoffnung1: Wenn sonst im Wesentlichen Kürzungen vereinbart werden (müssen), dann benötigt man als Komplement etwas mehr Gerechtigkeit.
- Hoffnung2: Die Ärzte formieren sich nicht zum kollektiven Widerstand, wie sie das bei der Krankenversicherung tun würden.
- Hoffnung3: Die Krise ist die Mutter aller Reformen.

Gang der Handlung

1. Wartezeitendelta GKV-PKV
2. Ausgangspunkt Verteilungsgerechtigkeit
3. Stichtag für eine Allgemeine Krankenversicherung (AKV)
4. Rückstellungsfonds
5. Unierte Pflegeversicherung
6. Fazit

Fazit

- Es ist an der Zeit, auch die bislang PKV-Versicherten in die solidarische Umverteilung einzubeziehen.
- Die „Bürgerversicherung“ ist nicht das Ende der Zweiklassenmedizin, aber man könnte die zwei Klassen auf der Beitragsseite beseitigen.
- Eine Stichtagsregelung ist besser als ewige Übergangszeiten.
- Beginnen wir mit der Einbeziehung der privat Versicherten bei der Pflegeversicherung.

Wenn nicht jetzt,

wann dann?

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

www.Wulf-Dietrich-Leber.de